

第3号様式（第9条関係）

※受付月日		※決定年月日		※支給年月日	
<h2 style="margin: 0;">研究治療費支給申請書</h2>					
年 月分					
(ふりがな) 氏 名			申請番号	号	
			生年月日	年 月 日	
住 所	(☎ — —)				
治療を受けた 傷 病 名					
治療を受けた 医 療 機 関	(所在地) 県 市・町・村				
治 療 に 要 した 費 用	申請額	円	※決定額	円	
治 療 を 受 け た 期 間	入 院 日 , 入院外 日				
保 険 の 名 称	(本 人 ・ 家 族)				
<p>水俣病要観察者等治療研事業実施要綱第9条の規定により、研究治療費の支給を受けたいので、必要書類を添えて申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p>鹿児島県知事 殿</p>					

(注) 裏面の「記入上の注意」に基づき、記入してください。

◎記入上の注意

- 1 ※欄は、記入不要です。
- 2 「申請額」欄は、医療機関等で負担された保険診療に係る自己負担金額についてのみ記入してください。（保険診療外の費用については、対象となりません。）
- 3 高額療養費支給制度により、保険者から払い戻される金額については、保険者あて請求してください。（自己負担限度額の範囲で支給します。）
- 4 「保険の名称」欄は、具体的な名称を記入してください。
（例）国保，退職者国保（被扶養者），社保，後期高齢等
- 5 この申請書には、医療給付証明書（別記第4号様式）を添付してください。
ただし、医療機関等で発行した領収書（原本）で保険適用・適用外の利用者負担金額が確認できる場合に限り、この証明書を添付する必要はありません。（領収書添付で可）

医療給付証明書

年 月分

患者氏名		住所		
傷病名		保険の種類 (本人・被扶養者)		
治療期間		入院 日 , 入院外 日		
		診療月日	総医療費 一部負担金額 (自己負担額)	領収額
治療に要した費用	入院	月 日	(療養費) 円	円
		から	(入院時食事療養費)	
		月 日	円	円
	外来	まで	(入院時生活療養費)	
		月 日	円	円
		月 日	円	円
		月 日	円	円
		月 日	円	円
		月 日	円	円
		月 日	円	円
	外来計	円	円	
	合計	円	円	

上記のとおり、医療の給付を行ったことを証明する。

年 月 日

所在地

医療機関等 名称

代表者名

⑩

電話番号 () -

鹿児島県知事 殿

注1 治療に要した費用は、保険適用分について記入してください。
 2 保険適用、適用外の利用者負担額等が確認できる場合に限り、医療機関等が発行した領収書（原本）をこの証明書に代えることができます。（領収書添付で可）