

医療機関受診状況等申出書（医療費加算申請用）

年 月 日

社会福祉法人 岡山県社会福祉協議会長 殿

住所 _____

氏名 _____ 印

医療費加算の申請に関し、医療機関の受診状況等について下記の通り申し出ます。

| | |
|--|---|
| 疾 病 等 名 称 | |
| 受 診 医 療 機 関 名 | |
| 受 診 頻 度 | 月 回 |
| 今後の受診見込み (該当するものに <input checked="" type="checkbox"/>) | <input type="checkbox"/> 今後、上記疾病等により上記医療機関（薬局を除く。）へ上記の受診頻度により3か月以上受診する見込みがあります。 <input type="checkbox"/> 今後、上記疾病等により上記医療機関（薬局を除く。）へ上記の受診頻度により3か月以上受診する見込みはありません。 |
| 申出する医療機関の 受診月（添付書類と同じ月を記入） | 年 月分 |
| 備 考 | |

【添付書類】

・ひと月分の医療費の領収書の写し又は請求書の写し（保険適用後の自己負担額が確認できるもの）
 上記書類が提出できない場合には、医療機関が発行する見積書（保険適用後の自己負担額が確認できるもの）

※受診医療機関名に記入した医療機関すべてについて提出してください。また、複数の医療機関について添付書類を提出する場合には、同じ月の分について提出してください。

【注意事項】

- ・受診医療機関名は、医療費加算の対象となる医療費に関して受診する医療機関名（受診する医療機関より発行される処方箋を院外の保険薬局に渡すことで薬が処方される場合には、薬局を含めることは可能。）を記入してください。医療費加算の対象とする受診医療機関の変更は、医療費加算の貸付期間中はやむを得ない理由を除き原則として認められません。
- ・受診頻度については、受診医療機関名で記入した医療機関（薬局を除く。）への受診について記入してください。
- ・高額療養費制度等医療費の自己負担分を軽減する制度を利用する場合、医療費の自己負担分の請求前にその制度の適用を受けることができるときには、可能な限り事前に適用を受けるようにしてください。