

重度心身障害者医療費助成申請書

令和 年 月 日

白石町長 様

申請者(受給者) 住所

氏名 (印)

(電話番号 _____)

次のとおり医療費の給付を受けたく申請します。

[申請者記入欄]

受給資格証記号番号	白石町 一	
加入保険	被保険者氏名 (続柄: _____)	
	保険証記号番号	
	保険者名 国保・後期・全健保・その他(_____)	

[医療機関等記入欄] 申請書は、入院、入院外、歯科、調剤別に診療月ごとに1枚ずつ作成してください。

保険診療額(領収)証明				
患者氏名	生年月日	大・昭 年 月 日 平・令		
診療月	令和 年 月分 (入院がある場合は、入院日数 日)			
	入院	入院外	歯科	調剤
保険診療総点数	点	点	点	点
公費負担点数	点	点	点	点
保険診療一部負担金	円	円	円	円
訪問看護利用料		円		
上記の金額を受領しました。				
令和 年 月 日				
医療機関等 所在地 名称 (印)				

[町記入欄]

	給付決定額				
	保険診療費	公費負担金	一部負担金	高額療養費	支給決定額
保険診療	円	円	円	円	円
訪問看護利用料	円	円	円	円	