

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
(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 | — |
| 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 平・令 | 年 | 月 日 |
| 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 ④ | | | | |

[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 | |