

心身障害者医療費助成申請書

令和 年 月 日

加美町長 殿

住 所 _____

受給者

氏 名 _____

令和 ____年 ____月分の心身障害者医療費の助成を下記のとおり申請します。

記

(黄色の受給者証を見て記入) 受給者証番号		受診者氏名	氏名 (男・女) 大・昭・平・令 年 月 日生
加入医療保険の 記号・番号	記号	種類	社保(本人・扶養)・国保・後期高齢
	番号	保険者名	

*入院・外来等の区分	外来(医科歯科)	入院(入院日)	調剤	訪問看護
* 診療点数等及び 医療機関名	療養の給付等 (注1参照)	診療点数	点 (療養費の総費用 円)	
		公費負担額	円 公費対象点数 点	
		自己負担額	円 =一部負担金 - 高額療養費 - 公費負担額	
訪問看護療養分 (保険対象分のみ)	回数	回 総費用 円		
	公費負担額	円 公費対象費用 円		
	基本利用料	円 =一部負担金 - 高額療養費 - 公費負担額		
医療機関等	機関コード番号 所在地 名 称	①		

* 欄は医療機関で記入してください。

* 欄は公費分もまとめて記入してください。

注1 接骨、鍼、灸、マッサージの場合は、療養の給付等(療養費の総費用)欄に「保険診療の費用額」を記入してください。

以下、市町村の使用欄です。

	総費用額	保険者負担額	一部負担額	公費負担額	高額・附加	助成決定額
療養の給付等						
訪問看護療養費分						
計						

- 申請書に受給者番号を記入の際は、間違いないように記入願います。
- 心身障害者医療費助成申請書を毎月医療機関に必ず提出してください。
- 医療費助成の振込みは毎月25日頃になります。