

和水町重度心身障がい者医療費助成申請書

和水町長 様

次のとおり、医療費の助成を申請します。

令和 年 月 日

申請者記入欄	受給者資格者氏名									
	住 所		和水町							
	診 療 月		年 月分		受給者号					
	保 険 種 別		国保 協会 組合 共済 後期高齢者 その他( )							
入欄	当該月の他の世帯員の受診状況(高額療養費該当のみ)	氏名	医療機関		支払額		円			
		氏名	医療機関		支払額		円			
		氏名	医療機関		支払額		円			
医療機関等	医療	診 療 月	年 月分		患者氏名					
		入院	日数	日	医療点数	点	一部負担額	円		
		通院	日数	日	医療点数	点	一部負担額	円		
		訪問看護	日数	日	医療点数	点	一部負担額	円		
	機 関	医 療 機 関 コ ー ド								
年 月 日、上記の一部負担金額を受領しました。 所在地 名 称 氏 名 印										
の記入欄	調剤	診 療 月	年 月分		患者氏名					
		調剤	日数	日	医療点数	点	一部負担額	円		
		医 療 機 関 コ ー ド				処方医療機関名				
	年 月 日、上記の一部負担金額を受領しました。 所在地 名 称 氏 名 印									
町記入欄	一部負担金額 ①		高額療養費額 ②		付加給付金 ③		自己負担額 ④		助成額 ①-(②+③+④)	

(注) 医療機関の証明が無い場合は、診療日及び診療点数のわかる領収書を添付して下さい。  
 医療保険各法の規定に基づき、高額療養費の支給を受けることができる場合は、高額療養費決定通知書等を添付してください。