

重度心身障害者医療費助成申請書

平成 年 月 日

神埼市長 松本茂幸 様

申請者 住 所 神埼市 町

(受給者)氏 名

下記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		加 入 保 険	被保険者氏名	
患者との続柄			保険証記号番号	
患者の生年月日	年 月 日		保 険 者 名	

[医療機関等記入欄]

保 険 診 療 額 (領 収) 証 明				
患者氏名				
診療月	平成 年 月分(入院がある場合は、入院日数 日)			
区 分	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 一部負担額	円	円	円	円
食事療養費 標準負担額	円		円	
訪問看護 利用料		円		
上記の金額を受領しました。				
平成 年 月 日				
医療機関等 住 所 名 称 氏 名				

* 医療機関等発行の領収書(原本、保険診療点数等明細が記載されたもの)を添付する場合は、上記証明欄の記入は不要です。

[市記入欄]

給 付 決 定 額					
区 分	一部負担額	高額療養費	附加給付額	自己負担額	給 付 額
保 険 診 療	円	円	円	円	円
食事療養費 標準負担額	円		円		
訪問看護 利用料	円	円	円		