

矢部地区・清和地区・蘇陽地区

山都町重度心身障害者医療費助成申請書

申請者の記入欄

山都町長様

年 月 日

申請者 住所 山都町

氏名

電話番号

受給資格者氏名

受給資格者番号

保険の種類
(○を記入)

山都町国民健康保険 証番号 ()・全国健康保険協会
共済組合・後期高齢者医療・その他 ()

医療機関等の記入欄

医療機関

診療月

年 月 分

患者氏名

入院 日数

日 総点数

点

一部負担金

円

通院 日数

日 総点数

点

一部負担金

円

上記の一部負担金額を受領しました。
年 月 日

当該診療
他法適用
(○を記入)

適用無し・更生医療・精神通院
特定疾病・その他 ()

所在地
名称
氏名

印

調剤薬局

調剤 日数

日 総点数

点

一部負担金

円

上記の一部負担金額を受領しました。
年 月 日

処方医療機関

☐ 上記医療機関
☐ その他 ()

所在地
名称
氏名

印

町記入欄

一部負担金
①

高額療養費
②

附加給付額
③

自己負担額
④

助成額
①－(②＋③＋④)

円

円

円

☐ 2,040 (入院)

☐ 1,020 (通院)

円

(注意) 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を添付してください。