

甲 府 市 重 度 心 身 障 害 者 医 療 費 助 成 金 請 求 書

令和 年 月 日

(あて先) 甲 府 市 長

受給者番号

請求者 住所 甲府市

請求者 氏名

受給資格者との続柄

電話番号

印

受給資格者にかかる医療費(保険診療に係るもの)の助成を受けたく、請求の額を証する書面を添えて請求します。
なお、助成金の支払に必要な事項について、市が医療機関及び保険者に照会することを了承します。

請求金額

円也

診 療 報 酬 請 求 証 明 書

年 月

科診療分

患者氏名

Table with 2 main rows for insurance types (国保・退国・後期高齢・協会けんぽ・共済組合・健保組合・その他) and patient status (本人・家族). Includes a detailed table for charges (入院・入院外・薬剤) with columns for point, rate, and amount.

* 10割を記入してください。

Table for insurance charges (保険診療に係る自己負担金) showing received amount (領収金額分①), in-kind payment (現物給付分②), and total (合計(①+②)).

領収金額分には自己負担額を記入してください。

Table for self-payment (入院時食事療養または入院時生活療養費における自己負担金) with rows for food (食事), hospital charges (食事(療養病床)), and housing (居住費).

□ 限度額認定証あり

上記のとおり相違ありません。
年 月 日

保険医療機関等
所在地
名称
氏名
電話番号

印

注意: 窓口無料(現物給付)分のみ場合は、本証明書に記入しないでください。

Table for subsidy determination (※ 助成金 決定欄) showing calculation: 本人負担額 - 附加給付金等の額 + 食事等 = 決定金額

Table for insurance type (※ 種 別) listing various insurance categories like 甲府市国保, 後期, 協会けんぽ, etc.

※欄は記入しないでください。

Table for subsidy reduction certificate confirmation (※減額認定証確認) with fields for issue date, validity period, and application area.

※太線内は医療機関が記入