

甲府市重度心身障害者医療費助成金請求書

(あて先) 甲府市長

令和 年 月 日

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

来庁者 氏名

受給者 氏名

受給資格者との続柄

電話番号

電話番号

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

令和 8 年 4 月 内科診療分 患者氏名 甲府 太郎

保険種別	<input checked="" type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 後期高齢	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ	<input type="checkbox"/> 組合	<input type="checkbox"/> その他
------	--	-------------------------------	--------------------------------	-----------------------------	------------------------------

<input type="checkbox"/> 入院 (<input type="text"/> 日 ~ <input type="text"/> 日)	<input checked="" type="checkbox"/> 入院外	<input type="checkbox"/> 薬剤
---	---	-----------------------------

診療報酬総点数							負担割合	
			4	1	1	点	3	割

<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 按摩マッサージ	<input type="checkbox"/> 鍼灸	<input type="checkbox"/> 柔道整復師
-------------------------------	----------------------------------	-----------------------------	--------------------------------

診療報酬総金額(10割)							負担割合	
						円		割

保険診療に係る自己負担金 (食事代除く)				1	2	3	0	円
-------------------------	--	--	--	---	---	---	---	---

入院時食事療養 自己負担金			円	×		食	=				円
------------------	--	--	---	---	--	---	---	--	--	--	---

上記のとおり相違ありません。保険医療機関等

令和 8 年 5 月 1 日 所在地 甲府市丸の内1-18-1
 名称 甲府市役所病院
 氏名 甲府
 電話番号 055-237-5642



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。

※太線内は医療機関が記入

※下欄は記入しないでください。

計算欄	(総金額) - (保険者負担分) = (支給決定額)
保険委任	国・後期・社 委任なし(年 月 日 ~ 年 月 日)
高額	(一部負担金) - (限度額) = (支給決定額)

受付担当者

--