

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

年

月

科診療分

患者氏名

保険種別 国保 後期高齢 協会けんぽ 組合 その他

入院 (日 ~ 日) 入院外 薬剤

診療報酬総点数						負担割合	
				点		割	

訪問看護 按摩マッサージ 鍼灸 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)								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

年 月 日 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。

※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

※太線内は医療機関が記入