

富士市重度障害児及び重度障害者医療費助成金支給申請書

受診者	氏 名		保 険 種 別	1. 国民健保 2. 共済組合健保
	(生年月日)	(M・T・S・H・R 年 月)		3. 協会健保 4. 船員保険
受給者証記号番号		5. 組合健保 6. 後期高齢者		
保 険 者 番 号				
傷病名			診療日数	年 月 日 から 年 月 日 まで 診療実日数 日間
診 療 報 酬 請 求 点 数	点		診 療 の 区 分	
入 院 時 食 事 療 養 標 準 負 担 額	日 × 円 =		1. 入 院 2. 外 来 3. 歯 科 4. 薬 剤 5. そ の 他	
薬 剤 一 部 負 担 金	円			
訪 問 看 護 療 養 費 基 本 利 用 料 又 は 老 人 訪 問 看 護 療 養 費 基 本 利 用 料	円			
他 法	精神保健及び精神障 害者福祉に関する法 律による公費負担	点	診療を受けた医療機関名	
	結核予防法による 公 費 負 担	点		
	その他の法による 公 費 負 担	() 点		

上記のとおり保険診療報酬等領収明細書を添え医療費の助成金交付を申請します。

年 月 日

(宛名) 富士市長

住 所 富士市

氏 名

Ⓜ

※ 審 査 欄	① 診療に要した費用	円	助成金支給額
	② 保険者負担額	円	円
	③ 公費・他法負担額	円	一部負担の割合
	④ 付加給付額	円	付加給付額の算定
	⑤ 支給申請額	円	

※印欄は、記入しないでください。