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  （生年月日） |  | 保険種別 | １. 国民健保　　２. 共済組合健保  ３. 協会健保　　４. 船員保険  ５. 組合健保　　６．後期高齢者 |
| (M･T･S･H･R　　　　年　　　　月　　　　) |
| 受給者証記号番号 |  |
| 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 ＝  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  円 |
| ② 保険者負担額 | 円 |
| ③ 公費・他法負担額 | 円 | 一部負担の割合　　　　　　　　　　　割 |
| 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。