

重度心身障がい者医療費助成金請求書

R5年 4月 1日

(あて先) 甲斐市長

受給者番号 1 2 3 4 5 6 7



受給者住所 甲斐市篠原2610  
氏名 甲斐 花子  
電話番号 055-267-1287

受給者にかかる医療費（保険診療に係るもの）の助成を受けたく、助成金の額を証する書面を添えて請求します。なお、助成金の支払い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。

診療年月 令和 5年 3月 請求金額 1,500円也

診療報酬請求証明書

入院・外来の別 入院 入院外 日間 種別 国保 健保 船員 共済 組合 後期 本人 家族

Table with 4 columns: 区分, 診療報酬総点数, 他法公費負担額, 保険診療に係る自己負担額, 高額療養費. Includes checkboxes for medical categories like 内科, 歯科, etc.

負担率 割

入院時食事療養費における自己負担分 単価 円 × 回数 回 = 円

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

患者氏名

様

医療機関コード

医療機関等の所在地・名称

市町村受付印

処方箋発行元 医療機関コード 名称

※医療機関等が証明する場合は、太線内に記入をしてください。