

重度心身障がい者医療費助成金請求書

年 月 日

(あて先) 甲斐市長

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

受給者 住 所
氏 名
電話番号

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 年 月	請求金額	円也
------	--------	------	----

診療報酬請求証明書

入院・外来の別	<input type="checkbox"/> 入院	日間	種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 船員 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 後期
	<input type="checkbox"/> 入院外			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族

区 分	<input type="checkbox"/> 1. 医科 <input type="checkbox"/> 3. 歯科 <input type="checkbox"/> 4. 調剤	<input type="checkbox"/> 2. 補装具 <input type="checkbox"/> 5. 訪問看護 <input type="checkbox"/> 6. アンマ・マッサージ、整骨院 <input type="checkbox"/> 7. 鍼灸 <input type="checkbox"/> 8. 柔道整復、接骨院
診療報酬総点数	点	※10割を記入 円
他法公費負担額 (種別)	円	円
保険診療に係る 自己負担額	円	円
高額療養費	円	円

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。