様式第6号(第9条関係)

|  |
| --- |
| **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 |  |
| ※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。 |
| 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 |
|  |
|  | 区　　　分 | □1.医科　□3.歯科　□4.調剤 | □2.補装具　□5.訪問看護□6.ｱﾝﾏ･ﾏｯｻｰｼﾞ、整骨院　□7.鍼灸□8.柔道整復、接骨院※10割を記入 |  |
|  | 診療報酬総点数 | 点 | 円 |  |
|  | 他法公費負担額(種別　 　　　) | 円 | 円 | 負担率 |
|  | 保険診療に係る自己負担額 | 円 | 円 | 　　　　割 |
|  | 高額療養費 | 円 | 円 |  |
|  |
|  | 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 |  |  |  |
|  |  |