

白井市重度心身障害者医療費助成金請求書

年 月 日

(宛先) 白井市長

請求者 (受給者本人 又は保護者)	住 所	〒 -
	電 話	- -
	氏 名	Ⓜ

重度心身障害者医療費助成金の給付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり請求します。また、この請求に当たり、受給権者が加入している医療保険の保険者に対して市が高額療養費及び附加給付等の給付状況を確認することに同意します。

記

診 療 期 間	年 月 日 から 年 月 日まで (日間)					
受 給 者 番 号						
住 所	〒 - 白 井 市					
フリガナ						生 年 月 日
氏 名						年 月 日
請 求 理 由	1 未委託機関診療 2 県外診療 3 受給券未着 4 その他 ()					
医 療 費 領 収 書 の 金 額 (ア)	円					◎保険適用となる医療費の自己負担額を記載してください。 ※自費分(差額ベッド、おむつ、健康診断、予防接種、診断書等の文書料など)及び入院時食事療養費は対象外です。 ※治療用装具を購入された場合、加入先の保険組合等から発行された補装具の支給決定通知書を添付してください。
高 額 療 養 費 (イ)	1 支給なし 2 支給あり 円					◎健康保険等から高額療養費が支給されている場合、支給額を記入してください。併せて、「高額療養費支給決定通知書」の写しなど、支給額が確認できる書面を添付してください。 ※白井市国民健康保険、後期高齢者医療制度加入者は書面の添付は不要です。
附 加 給 付 金 (ウ)	1 支給なし 2 支給あり 円					◎健康保険組合等の附加給付がある場合、支給額を記入してください。併せて、「附加給付決定通知書」の写しなど、支給額が確認できる書面を添付してください。
自 己 負 担 金 (エ)	入院 日 通院 日 合計 日 ×300円＝ 円					◎受給券の「自己負担金(入院・通院)」欄に「300円」の記載がある方は、入院・通院の合計日数に300円を乗じた額を記入してください。 ※調剤薬局は日数に数えません。 ※同日に異なる医療機関を受診した場合の日数は2日間になります。 ※通院には、在宅療養、訪問看護、治療用装具などを含まず。
請 求 額 (オ)	円					(オ) = (ア) - (イ) - (ウ) - (エ)
備 考						