

					※ 保 険 区 分	1	2	3	4	5	6
						社 被 保 険 者	社 被 扶 養 保 者	国 一 般 被 保 険 者	国 被 保 険 退 職 者	国 被 保 険 退 職 者	国 保 扶 養 者
※ 決 裁					受 付	年 月 日					
					決 定	年 月 日					
					支 給	年 月 日					
※ 助 成 内 訳	保 険 診 療 金 額 合 計	控 除 額				交 付 決 定 額					
		社 会 保 険 等 負 担 分	公 費 負 担 其 他 の 分	計							
	円	円	円	円	円	円					
重度心身障害者等医療費(療養費払)助成申請書 富山県射水市長 あて 射水市 住所 申請者 氏名 次のとおり重度心身障害者等医療費の助成を申請します。											
受給資格番号					加 入 保 険	被保険者証 記号番号					
受 給 者	氏 名	男・女				保 険 種 別	協・組・船・共		国		
	生年月日	年 月 日				保 険 者 名					
年 月分 保 険 診 療 領 収 書 (入院・入院外)											
受給者名					保 険 診 療 合 計 点 数	点	社 会 保 険 等 負 担 点 数	点			
公費負担額	円				左記金額には保険診療以外は含まれていません。						
一部負担金領収額	円										
上記のとおり領収しました。 医療機関等の所在地名称 年 月 日 開 設 者 氏 名											
なお、支給決定額は次の口座へ振込んで下さい。 氏 名											
口 座 名 義		金 融 機 関 名			当 座・普 通 預 金 番 号						

- 注 1 この用紙は、医療機関等に診療金額をいったん支払い、その後で市町村から助成を受ける場合に使用します。(県外病院等の場合)
- 2 申請は、診療月ごと入院、入院外別に行ってください。
- 3 太枠の欄は、医療機関等で記入してもらってください。ただし、この欄に準じた項目の入った領収書をもたらした場合、これにかえることができます。
- 4 ※欄は、市町村で記入します。