

様式第15号 (第4条関係)

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|-------|---------------|--------------|---------------|---------------|--------|--------|--------|------|
| | | | | | ※ 保険区分 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | | | | | | 社被保者 | 社被扶養保者 | 国一般被保者 | 国被保退職者 | 国被保退職者 | 国保組合 |
| ※ 決裁 | | | | | 受付 | 年 月 日 | | | | | |
| | | | | | 決定 | 年 月 日 | | | | | |
| | | | | | 支給 | 年 月 日 | | | | | |
| ※ 助成内訳 | 保険診療額 合計金額 | 控除額 | | | | 計 | | 交付決定額 | | | |
| | | 社会保険等 負担分 | | 公費負担 その他の分 | | | | | | | |
| | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | | | |
| <p>心身障害者医療費 (療養費払) 助成申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>富山県射水市長あて</p> <p style="text-align: right;">住所 射水市</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏名</p> <p>次のとおり心身障害者医療費の助成を申請します。</p> | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | |
| <p>年 月分 保険診療領収書 (入院・入院外)</p> | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | 一部負担金領収額 円 | | | | | | |
| 左記金額には保険診療以外は含まれていません。 | | | | | | | | | | | |
| <p>上記のとおり領収しました。</p> <p style="text-align: center;">医療機関等の所在地名称</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開設者氏名 ㊟</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>なお、支給決定額は次の口座へ振込んで下さい。</p> <p style="text-align: right;">氏名</p> | | | | | | | | | | | |
| 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。