

様式第8号(第4条関係)

					※ 保険区分	1 社 被 保 險 者	2 社 被 保 扶 養 者	3 国 一 般 被 保 險 者	4 国 被 保 險 者	5 国 被 保 扶 養 者	6 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 險 診 療 合 計 金 額		控 除 額				交 付 決 定 額				
			社 会 保 險 等 負 担 分		公 費 負 担 そ の 他 の 分		計				
	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

年 月 日

富山県中新川郡舟橋村長あて

住 所
申請者 氏 名

(印)

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 險 種 別	協・組・船・共 国		
	生年月日	年 月 日			保 險 者 名			

平成 年 月分 保 險 診 療 領 収 書 (入院・入院外)

受給者名		保険診療		社会保険等	
公費負担額	円	合計点数	点	負担点数	点
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。			

上記のとおり領収しました。

年 月 日 医療機関等の所在地名称
開設者氏名

(印)

なお、支給決定額は次の口座へ振込んでください。

氏 名 (印)

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います。(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もらった場合、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。