

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                          |                 |              |                             |                 |                |           |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------|-----------------------------|-----------------|----------------|-----------|---|
| ※<br>決<br>裁                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                          |                 |              |                             | 受 付             | 年              | 月         | 日 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                          |                 |              |                             | 決 定             | 年              | 月         | 日 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                          |                 |              |                             | 支 給             | 年              | 月         | 日 |
| ※<br>助<br>成<br>内<br>訳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 該当者名                                                                                                     |                 |              |                             |                 |                | 助 成 決 定 額 |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | (該当欄をチェックしてください)<br><input type="checkbox"/> 入院(      年      月      日入院)<br><input type="checkbox"/> 入院外 |                 |              |                             |                 |                | 円         |   |
| <p style="text-align: center;"><b>重度心身障害者等医療費(一部負担金還付)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>助                      成                      申                      請                      書</b></p> <p style="text-align: right;">年      月      日</p> <p style="text-align: center;">富山県中新川郡舟橋村長 あて</p> <p style="text-align: right;">申請者<sup>住所</sup><br/>氏名</p> <p style="text-align: center;">年      月分 について</p> <p style="text-align: center;">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。</p> |                                                                                                          |                 |              |                             |                 |                |           |   |
| 一 部 負 担 金<br>還付該当者番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                          | —               |              | 後期高齢者医療被保険者<br>番号(資格証明書の番号) |                 |                |           |   |
| 受<br>給<br>者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 氏      名                                                                                                 |                 |              | 振<br>込<br>先                 | 金融機関名           |                |           |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 生 年 月 日                                                                                                  | 年      月      日 |              |                             | 名      義      人 |                |           |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                          |                 | 口 座 番 号      |                             |                 |                |           |   |
| 年      月分 後期高齢者医療診療領収証明書(入院・入院外)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                          |                 |              |                             |                 |                |           |   |
| 該当者氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                          |                 |              |                             |                 |                |           |   |
| 保険診療<br>合計点数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                          | 点               | 医療保険<br>負担点数 |                             | 点               | 他法による<br>公費負担額 |           | 円 |
| 一部負担金<br>領収額                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                          | 円               |              | 左記金額には後期高齢者医療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: right;">医療機関等の所在地名称</p> <p style="text-align: center;">年      月      日      開      設      者      氏      名</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                          |                 |              |                             |                 |                |           |   |

- (注) 1. この用紙は医療機関等で後期高齢者医療制度に基づく一部負担金を支払った後、市町村から助成を受ける場合に使います。
2. 二重枠の欄内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があればこれに代えることができます(裏に添付)。
3. 申請は診療月ごと、入院・入院外の別に行ってください。
4. ※欄は市町村で記入します。