

## 重度心身障害者医療費助成金請求書

令和 年 月 日

請求額 金

円也

ただし、 年 月分南部町重度心身障害者医療費の助成を受けたく、助成金の額を証する書面を添えて請求します。

南部町長 佐野 和広 様

患者 氏名

請求者 住所

氏名

印

受給者番号

## 診療報酬請求証明書

患者氏名

様

種別

国保・健保・船員・共済・組合・後期

本人・家族

診療費

年

月分

入院・入院外

診療報酬総点数	点
他法公費負担点数 (種別 )	点
当月分の保険診療に係る 本人負担額	円

外来の際の薬剤に係る 一部負担金	円
訪問看護療養費等 自己負担分	円
入院食事療養費における自己負担分	
一 般	円 × 食 = 円
市町村民税非課税世帯 低所得者Ⅱ (入院90日までの者)	円 × 食 = 円
市町村民税非課税世帯 低所得者Ⅱ (入院90日を越えるの者)	円 × 食 = 円
市町村民税非課税世帯 低所得者Ⅰ	円 × 食 = 円

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

関係医療機関等の所在名称

氏名

印

※助成金決定額

指定振込先 (変更・新規)	金融機関名		口座名義人
	名称	銀行	支店
		金庫	支所
普通・当座	口座番号		

(注) ※欄は記入しないこと。指定振込先の欄は、変更または新規の場合のみ記入してください。

※次の場合は請求書による手続きが必要です！

- ①山梨県外の医療機関を受診したとき ②山梨県内の窓口で受給者証を提示しなかったとき  
③針、灸、整体等を受診したとき(保険適用のみ) ④医療費の支払いが遅れてしまったとき

様式第6号(第8条関係)

記入例

重度心身障害者医療費助成金請求書

※領収書原本を添付してください

令和〇年〇月〇日

請求額 金

円也

ただし、年 月分南部町重度心身障害者医療費の助成を受けたく、助成金の額を証する書面を添えて請求します。

南部町長 佐野 和広 様

患者 氏名 〇〇 〇〇  
請求者 住所 南部町内船〇〇〇番地  
氏名 〇〇 〇〇



受給者番号(黄色い受給者証の受給者番号)

診療報酬請求証明書

※これより下は  
医療機関で証明を受ける場合のみ必要です

種別	国保・健保・船員・共済・組合・後期 本人・家族
----	----------------------------

診療費 年 月分

入院・入院外

診療報酬総点数	点
他法公費負担点数 (種別)	点
当月分の保険診療に係る 本人負担額	円

外来の際の薬剤に係る 一部負担金	円
訪問看護療養費等 自己負担分	円
入院食事療養費における自己負担分	
一般	円 × 食 = 円
市町村民税非課税世帯 低所得者Ⅱ(入院90日までの者)	円 × 食 = 円
市町村民税非課税世帯 低所得者Ⅱ(入院90日を越えるの者)	円 × 食 = 円
市町村民税非課税世帯 低所得者Ⅰ	円 × 食 = 円

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

関係医療機関等の所在名称

氏名



※助成金決定額

指定振込先 (変更・新規)	金融機関名		口座名義人
	振込口座の変更がある場合には窓口にて、お声かけください		
	普通・当座	口座番号	

(注) ※欄は記入しないこと。指定振込先の欄は、変更または新規の場合のみ記入してください。