

## 重度心身障害者医療費助成申請書 (請求書)

年 月 日

三股町長 へ

住所 .....

申請者 氏名 ..... (印)

電話 ( ) .....

年 月分の医療費 入院 外来 助成されたく申請(請求)します。

受給資格者	受給資格者証番号		加入保険	被保険者名	
	フリガナ氏名			保険証記号番号	
	生年月日	明・大 年 月 日 昭・平		保険種類	国・国組・政・組・共・船・日・後

この欄は、  お手数ですが  医療機関に  おいてご記入  願います。	年 月 診療 入院 ・ 外来			
	診療実日数	総 点 数	保険以外公費点数	一部負担金受領額 (※)
	日	点 円	点 円	円
	上記の金額を受領したことを証明します。 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">年 月 日</div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">所在地</div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">医療機関等の 名 称</div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">氏 名 (印)</div>			

※一部負担金受領額は、保険内金額となります。また、入院時食事療養に係る標準負担額は含みません。