様式第6号(第8条関係)

(国保連合会行)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 心身障害者医療費助成申請書  令和　　年　　月　　日  　村田町長 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 受給者 | 住所 | | |  | | | | | | | | | | |  |
| 氏名 | | |  | | | | | | | | | | |
| 令和　　　年　　　月分　心身障害者医療費を、下記のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 心身障害者 | | | 受給者証番号（６桁） | | | | ０ | ０ | | ０ |  | |  | |  | |
| 氏名 |  | | | 大正・平成  昭和・令和　　　　　年　　月　　日生 | | | | | | | | | |
| 被保険者証 | | | 記号 | | | 番号 | 1 社保  　本人 | | 2 社保  扶養 | | | 3 村田町  国保 | | 4 後期  高齢者 | | |
| 被保険者番号(後期高齢者対象) | | | |
| 管掌別保険者名 | 健康保険証の発行機関名を書いてください。 | | | | | | | | | | | | |

▼以下は欄は、医療機関等で記入・押印してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診　　療　　年　　月 | | | | 令和　　　年　　　月　　　診療 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診　　療　　区　　分 | | | | 1 外来（調剤含む） | | | | | 2 入 院【日数　 日】 | | | | | | | | 3 訪問看護 | | | |
| 診療点数・療養の給付等（保険対象分のみ） | 医療機関・調剤 | | ➡ | **総診療点数**  **（**　　　　　　　**点）**  本人負担額は右欄へ記入してください。 | | | | | | （必ずご記入ください）  保険対象分の本人負担額等 | | ①総診療点数または総費用が額に対する本人負担額（保険対象分のみ ）をご記入ください。公費負担医療分がある場合は、適用後の額をご記入ください。  **本人負担額**  **（**　　　　　　　　**円）** | | | | | | | | |
| ※処方箋発行医療機関が複数の場合は調剤点数内訳を記載してください。 | | ➡ |  | | | | | |
| 接骨・鍼・灸  ・マッサージ | | ➡ | **療養費の総費用**  **（**　　　　　　　円）  この欄に保険診療の総費用額を記入し本人負担額は右欄に記入してください。 | | | | | | ②上記、本人負担額に公費負担医療の本人負担額が含まれる場合は、公費負担医療の対象点数、公費負担額、本人負担額、公費法別番号をご記入ください。  **・公費負担医療の対象点数**  **（**　　　　　　　　　**点）**  **・公費負担医療の公費負担額**  **（**　　　　　　　　　**円）**  **・公費負担医療の本人負担額**  **（**　　　　　　　**円）**  **・公費法別番号（　　　　番）** | | | | | | | | |
| 訪問看護療養費 | | ➡ | **回　　　数**　　　　　　　**回**  **総費用額**　　　　　　　**円**  **基本利用料**　　　　　　　**円**  本人負担額は右欄へ記入してください。 | | | | | |
| 医　療　機　関 | | コード | | |  |  |  |  | | |  | |  | |  | | |  |  |  |
| 住所  氏名・名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 整理番号 | |  | | | | |