

記 入 例

様式第7号 (第9条関係)

| | | | |
|------------------------------------|------------------|--------------------|-------------------------------|
| | | 障害者医療費助成申請書 | |
| | | 令和●年●月●●日 | |
| 南三陸町長 様 | | 住 所 南三陸町志津川字沼田○○番地 | |
| | | 受給者 | 氏 名 南三陸 太郎 |
| | | 押印不要です | |
| 令和 ● 年 ● 月分の障害者医療費の助成を下記のとおり申請します。 | | | |
| 記 | | | |
| 受給者証番号 | 7枚です。 0034567 | 障害者 氏名等 | 南三陸 太郎 (昭和32年 1月 ●日生) |
| 被保険者証記号・番号 | み南10A98765 | 加入保険 保険者名 | 国保・後期・協会・組合・船員・共済・その他 南三陸町 |

| ※外来入院等の区分 | 外 来 | 入 院() 日 | 訪問看護 |
|------------------------|-------------------------|-------------------|---------|
| ※ 診療点数等及び 医療機関名等 | 療養の給付等 (注参照) | 診療点数 (療養費の総費用) | 点 円) |
| | | 自己負担額 | 円 |
| | 外来薬剤分 | 診療点数 | 点 |
| | | 自己負担額 | 円 |
| 訪問看護療養費分 (保険対象分のみ) | 回数 総費用 基本利用料 | 回 円 円 | |
| 医療機関名等 | 機関のコード番号 住所 氏名・名称 | | |

※欄は、医療機関で記入してください。

注 接骨、はり、きゅう、マッサージの場合は、療養の給付等(療養費の総費用)欄に「保険診療の費用額」を記入願います。

以下、町の使用欄です。

| | 総費用額 | 保険者負担額 | 一部負担額 | 公費負担額 | 高額・付加 | 助成決定額 |
|----------|------|--------|-------|-------|-------|-------|
| 療養の給付等 | | | | | | |
| 外来薬剤分 | | | | | | |
| 訪問看護療養費分 | | | | | | |
| 計 | | | | | | |