

精神障害者医療費助成金申請書

① 保険者名		④ 療養を受けた者の氏名 年月日	年 月 日	⑤ 申請者との続柄
② 記号・番号				
③ 被保険者氏名				
⑥ 傷病名				
⑦ 療養を受けた病院・診療所等の名称及び所在地	名称			
	所在地			
⑧ ⑦の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間	
⑨ ⑧の期間に受けた療養に対し病院等に支払った保険診療額				円
⑩ 決定額	(総点数 点)			円
⑪ 高額療養費支給額				円
⑫ 附加給付等の額				円
⑬ 食事療養費				円
⑭ 支給額 (⑩-⑪-⑫+⑬)×1/2				円

上記のとおり申請します。なお、助成金については下記口座に振り込み願います。

年 月 日

住所 魚沼市
申請者 氏名

印

魚沼市長 様

領収書	診療 年月日	年 月 日	診療 日数	入院 外来	の別
診療合計点数	他法負担の有無	被保険者負担額又は領収済額			
点	有 無	円 (うち食事療養費 円)			
上記のとおり領収しました。					
年 月 日					
医療機関名					印
他法負担額	附加給付額	自己負担額	率	支給決定額	
円	円	円	1/2	円	

【振込口座】 ※初めての申請または変更がある場合にご記入下さい。

振込 口座	金融機関名		種別	口座番号	口座名義人
	銀行 農協 信組 労金	本店 支店	当座 普通		

～記載例～ ※ 太枠の中をご記入下さい。

精神障害者医療費助成金申請書

① 保険者名	魚沼市		④ 療養を受けた者の氏名 年月日	魚沼太郎 ○年 ○月 ○日	⑤ 申請者との続柄 子
② 記号・番号	魚沼・00000				
③ 被保険者氏名	魚沼 次郎				
⑥ 傷病名					
⑦ 療養を受けた病院・診療所等の名称及び所在地	名称	〇〇〇〇クリニック			
	所在地	魚沼市大沢213-1			
⑧ ⑦の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで				
⑨ ⑧の期間に受けた療養に対し病院等に支払った保険診療額	円				
⑩ 決定額	(総点数 点) 円				
⑪ 高額療養費支給額	円				
⑫ 附加給付等の額	円				
⑬ 食事療養費	円				
⑭ 支給額 (⑩-⑪-⑫+⑬)×1/2	円				

上記のとおり申請します。なお、助成金については下記口座に振り込み願います。

年 月 日

申請者 住所 魚沼市小出島〇〇番地
氏名 魚沼 次郎 印

魚沼市長 様

領収書	診療 年月日	年 月 日	診療 日数	入院 日	の別 外来
診療合計点数	他法負担の有無	被保険者負担額又は領収済額			
点	有 無	円 (うち食事療養費 円)			
上記のとおり領収しました。					
年 月 日					
医療機関名					印
他法負担額	附加給付額	自己負担額	率	支給決定額	
円	円	円	1/2	円	

【振込口座】※初めての申請または変更がある場合にご記入下さい。

振込 口座	金融機関名	種別	口座番号	口座名義人
	〇〇銀行 農協 信組 労金	本店 ▲▲支店	当座 普通	〇〇〇〇〇〇