

様式第6号(第4条関係)

				※ 保 険 区 分	1	2	3	4	5	6	
					社 保 被 保 険 者	社 保 被 扶 養 者	国 保 一 般 被 保 険 者	国 保 被 保 険 者 退 職	国 保 被 保 険 者 退 職	国 保 被 扶 養 者	国 保 組 合
※ 決 裁					受付		年 月 日				
					決定		年 月 日				
					支給		年 月 日				
※ 助 成 内 訳	保険診療 合計金額	控除額							交付決定額		
		社会保険等 負担分			公費負担 その他の分			計			
	円	円	円	円	円	円	円	円	円		
<p>重度心身障害者等医療費(療養費払)助成申請書</p> <p style="text-align: right;">令和8年 6月 1日</p> <p>立山町長</p> <p style="text-align: right;">住所 立山町前沢2440番地 申請者 氏名 立山 太郎</p> <p>次のとおり重度心身障害者等医療費の助成を申請します。</p>											
受給資格番号		0110770			加 入 保 険	被 保 険 者 証 号		1234 5678			
受 給 者	氏名	立山 太郎				保険種別		協・組・船・共		国	
	生年月日	平成8年 6月 1日				保険者名		〇〇健康保険協会			
年 月分 保険診療領収書 (入院・入院外)											
受給者名					保険診療 合計点数		社会保険等 負担点数		点		
公費負担額		円			点		点				
一部負担金領収額		円			左記金額には保険診療以外は含まれていません。						
上記のとおり領収しました。 医療機関等の所在地名称											
年 月 日 開設者氏名 (印)											
なお、支給決定額は次の口座へ振込んでください。											
氏名											
口座 名義		タヤマ タロウ		金 融 機 関 名		〇〇 銀行 立山 支店		当 座 ・ 普 通 預 金 番 号		普通 0123456	

- 注 1 この用紙は、医療機関等に診療金額をいったん支払い、その後で市町村から助成を受ける場合に使います。
(県外病院等の場合)
- 申請は、診療月ごと入院、入院外別に行ってください。
 - 太枠の欄は、医療機関等で記入してもらってください。ただし、この欄に準じた項目の入った領収書ももらった場合、これにかえることができます。
 - ※欄は、市町村で記入します。