

様式第6号の2(第4条関係)

※ 決 裁				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 退 職 者	被 保 険 者	国 保 退 職 者	被 扶 養 者	国 保 組 合
					受付				年		月		日		
					決定				年		月		日		
				支給				年		月		日			
※ 助 成 内 容	保 険 診 療 合 計 金 額	控 除 額								助 成 決 定 額					
		保 険 負 担 分		公 費 負 担 分		附 加 給 付 等		一 部 負 担 金				計			
		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>下記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	記 号 番 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			点		育 成 医 療 等 公 費 負 担 点 数		点						
一部負担金 領収額 (保険診療分)		計								円					
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、支給決定額は下記の口座へ振込んでください。															
氏名															
口座 名義		タテヤマ 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。
- 2 申請は、診療月ごと入院、入院外別に行ってください。
- 3 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。
- 4 ※欄は市町村で記入します。