様式第6号(第7条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | | 受給者番号 | | | | | | | | | | | 医療機関コード | | | | | | | | | | | 保険種別 | | 被保区分 |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | 国 退 政 組 後期 | | 本　被 |
| 支　給　内　訳 | 点　数 | | | | 一部負担金（１） | | | | | | | | 付加給付額（２） | | | | | | | | | 高額療養費（３） | | | 差引償還額 | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | （１）－（２）－（３） | |
| 保険診療一部負担金 | | | | 薬剤分一部負担金 | | | | | | | | 回数 | | | 食事療養費 | | | | | | 食事療養費標準負担額 | | | 高額･自己負担限度額 | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害者医療費助成申請書(請求書) | | | | | |
| 申請者記入欄 |  | | | | |
|  | 金額 | 円 | |  |
| 敦賀市障害者医療費の助成に関する条例により、下記のとおり領収書を添えて請求します。  　　　　　　年　　月　　日  　　敦賀市長　　　　殿 | | | | |
| 受給者 | | | 住所　敦賀市  氏名 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 領収書 | | | | | | | | | | |
| 医療機関記入欄 |  | | | | | | | | | |
|  | | | 金額  ①＋②＋③＋④ | | 円 | | |  | |
| 患者氏名 | | | | | | | | | |
|  | 傷病名 | | |  | | 保険診療一部負担金　　　　　① | 円 | |  |
| 診療月 | 入院 | | 月　　日～　　日 | | 薬剤分一部負担金　　　　　　② | 日　　　　　　円 | |
| 外来 | | 月　　日～　　日  （　　　日間） | | 入院時食事療養費負担金　　　　　③ | 回　　　　　　円 | |
| 保険診療総合点 | | | 点／円 | | 訪問看護療養費負担金　　　　　④ | 日　　　　　　円 | |
| 保険の種類 | | | 本人  家族 | | 国保・国保退職・国保組合  政府管掌・健保組合・共済組合  船員・日雇・後期高齢者  老人 | | |  |
| 上記の金額を領収いたしました。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　殿  　　　　　　　所在地  医療機関 | | | | | | | | | |

　＜医療機関へのお願い＞1　点数及び金額は、保険診療の対象分のみ記入してください。

　　　　　　　　　　　　2　1箇月分の診療分をまとめて、領収書欄に記入してください。