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。