

大津町重度心身障害者医療費助成申請書兼請求書										
大津町長様							年	月	日	
申請者					住所 大津町					
氏名										
電話 ()							—			
下記のとおり、 年 月分医療費の助成を申請・請求します。										
申請者の記入欄	受給資格者氏名			受給資格者番号						
	加入している医療保険			大津町国保 ・ 後期高齢 ・ 協会けんぽ ・ その他						
	当該月の他の世帯員の受診状況 (高額療養費該当のみ)	氏名		医療機関		支払額		円		
		氏名		医療機関		支払額		円		
医療機関等の記入欄	診療・調剤月		年 月分		患者氏名					
	入院	日数	日	総点数	点	一部負担金	円			
	通院 通看	日数	日	総点数	点	一部負担金	円			
						医療機関コード				
	上記の一部負担金を受領しました。 年 月 日 所在地 名称 氏名 (印)									
	調剤	日数	日	総点数	点	一部負担金	円			
処方医療機関名					医療機関コード					
上記の一部負担金を受領しました。 年 月 日 所在地 名称 氏名 (印)										
町記入欄	一部負担金の額 ①		高額療養費の額 ②		付加給付の額 ③		自己負担額 ④		助成額 ① - (② + ③ + ④)	
	円		円		円		円		円	

注意 医療保険各法の規定に基づき、高額療養費の支給を受けることができる場合は、高額療養費決定通知書等を添付してください。