

様式第2号(第6条関係)

精神障がい者医療費助成申請書

年 月 日

(あて先)

南魚沼市長

申請者 住所 南魚沼市 _____

氏名 _____

下記のとおり精神障がい者医療費の助成を申請します。

受診者氏名		受診医療機関			
他法負担	無・有 ()		一部負担	円・%	
付加給付	無・有 (給付額又は給付基準)				
診療期間	年 月 日から	日間	以前12か月間で 高額に該当した 月と回数	1・2・3・4・5・6・7	回
	年 月 日まで			8・9・10・11・12月	
同意欄	南魚沼市精神障がい者医療費助成の申請にあたり、高額療養費及び付加給付の支給額について市が関係当局に調査を求めることに同意します。				
	保険者名 _____				
	記号・番号 _____				
	被保険者氏名 _____ ㊞				

(以下の欄は記入しないでください)

A 当月分点数	点	E 医療機関への支払額	_____ 円		
B 保険者負担額	円	(内訳1) ① 一部負担金(A×10× %)	_____ 円		
C 他法の負担額	円	(内訳2) ② 高額該当の場合の一部負担金	_____ 円		
D 受領委任の額	円	(計算式	_____)		
E 右欄の支払額	円	③ 受領委任の額	_____ 円		
F 付加給付額	円	差引き負担額(②-③の額)	_____ 円		
G 実負担額(E-F)	円	県障	有・無	減額認定	有・無
H 助成(G×1/2)	円				