

(表 面)

(第10条関係)

県障医療費助成申請書

年 月 日

南魚沼市長 様

申請者 住 所
氏 名

下記のとおり、医療費の助成を申請します。

Table with 4 columns: 受給者番号, 受給者氏名, 受診医療機関名, 振込指定金融機関. Includes fields for 保険者名, 記号・番号, 被保険者氏名, 受診年月, 口座番号, and 口座名義人.

- 注 1 署名をもって記名押印に代えることができます。
2 本紙は受診した月ごとに1枚必要です。
3 // 医療機関ごとに1枚必要です。

市確認欄

Table with 2 columns: 県障助成決定額, 円

----- 以下は医療機関等に記入してもらうこと。 -----

(年 月診療分)

Main data table with columns: 外来・調剤, 入院, 訪問看護, 他法負担の有無. Includes sub-columns for 保険診療点数 and 支払額(一部負担額).

様(受給者氏名)

上記のとおり、療養等に係る一部負担金を領収しました。

年 月 日

所在地
医療機関等 名称
氏 名

- ※ 支払額(一部負担額)の欄は、医療保険及び他法負担の適用後の金額を記入してください(医療保険適用外の額を含めないこと)。
※ 上記表の内容が確認できる領収書及び明細書を添付することで、医療機関等における記入を省略することができます。

(裏 面)

注 意 事 項

1 助成額について

(1) 対象者の療養に要した費用から他法負担額、保険給付額及び次の一部負担金を控除した額が助成額となります。なお、一部負担金については、有効期間内においても変更となる場合があります。

ア 外来の場合は、月の初日から4回目まで受診日ごとに530円（その日の自己負担額が530円に満たないときは当該額）

イ 入院の場合は入院した1日につき1,200円で計算した額。

ウ 訪問看護の場合は利用した1日につき250円で計算した額。

(2) 入院時の食事療養に係る標準負担額については、保険者等から減額認定証の交付を受けている方が助成対象になります。この場合は、減額された標準負担額が助成額となります。

2 同一个月内に、外来と入院と訪問看護があった場合には、それぞれの助成申請書が必要です。

例) (1) 外来、入院又は訪問看護のいずれかの場合	1 枚
(2) 外来と入院の場合	2 枚
(3) 外来と入院、再入院の場合	2 枚
(4) 外来と入院と訪問看護の場合	3 枚

3 不明な点は、市町村の担当窓口におたずねください。