

記入例

県障医療費助成申請書

年 月 日

長岡市長様

記入してください。

申請者住所 長岡市大手通1丁目4番地10

氏名 長岡 太郎

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 (0123456), 保険者名 (新潟県後期高齢者医療広域連合), 受給者氏名 (長岡 太郎), 記号・番号 (9876543210), 振込指定金融機関 (第四北越銀行), 口座番号 (1234567), フリガナ (ナガオカ タロウ), 口座名義人 (長岡 太郎)

- 注 1 本紙は受診した月ごとに1枚必要です。
2 〃 医療機関ごとに1枚必要です。

市町村確認欄

Table with 4 columns: 県単一部負担金, 円, 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 日

※ここからは、記入しないでください。

Table with 4 columns: 外来・調剤 (月ごとの診療回数), 入院 (入院日数, 食事療養回数), 訪問看護 (利用日数), 他法負担の有無

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

印

- ※ 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。

注 意 事 項

1 助成額の計算方法

(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 同一月中に、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。