精神障害者医療費助成金申請書

① 保険者名		④ 療養を受けた者の氏名生年月日	年 月 日	⑤ 申請者との続柄	
② 記号・番号					
③ 被保険者氏名					
⑥ ④の個人番号					
⑦ 傷病名					
⑧ 療養を受けた病院・診療所等の名称及び所在地	名称				
	所在地				
⑨ ⑧の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間				
⑩ ⑨の期間に受けた療養に対し病院等に支払った保険診療額	円				
⑪ 決定額	(総点数 点) 円				
⑫ 高額療養費支給額	円				
⑬ 附加給付等の額	円				
⑭ 食事療養費	円				
⑮ 支給額 (⑪-⑫-⑬+⑭)×1/2	円				

上記のとおり申請します。なお、助成金については下記口座に振り込み願います。

年 月 日

申請者 住所

氏名

魚沼市長 様

領収書	診療年月日	年 月 日 年 月 日	診療日数	日	入院外来の別
診療合計点数	他法負担の有無	被保険者負担額又は領収済額			
点	有 無	円 (うち食事療養費 円)			

上記のとおり領収しました。

年 月 日

医療機関名 印

他法負担額	附加給付額	自己負担額	率	支給決定額
円	円	円	1／2	円

【振込口座】

振込口座	金融機関名	種別	口座番号	口座名義人
	銀行 農協 本店 信組 労金 支店	当座 普通		

精神障害者医療費助成金申請書（記載例　太枠の中をご記入ください）

① 保険者名	魚沼市	④ 療養を受けた者の氏名生年月日	魚沼 太郎 〇年 〇月 〇日	⑤ 申請者との続柄	本人
② 記号・番号	魚沼・00000				
③ 被保険者氏名	魚沼 太郎				

⑥ ④の個人番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇

⑦ 傷病名		
⑧ 療養を受けた病院・診療所等の名称及び所在地	名称	〇〇〇〇クリニック
	所在地	魚沼市大沢213-1

⑨ ⑧の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで　日間
⑩ ⑨の期間に受けた療養に対し病院等に支払った保険診療額	円
⑪ 決定額	（総点数　点）　円
⑫ 高額療養費支給額	円
⑬ 附加給付等の額	円
⑭ 食事療養費	円
⑮ 支給額 (⑪-⑫-⑬+⑭)×1/2	円

上記のとおり申請します。なお、助成金については下記口座に振り込み願います。

年 月 日

申請者 住所 魚沼市小出島〇〇番地
氏名 魚沼 太郎

魚沼市長 様

領収書	診療年月日	年 月 日 年 月 日	診療日数	日	入院外来の別	

診療合計点数	他法負担の有無	被保険者負担額又は領収済額
点	有 無	円（うち食事療養費 円）

上記のとおり領収しました。

年 月 日

医療機関名 ㊞

他法負担額	附加給付額	自己負担額	率	支給決定額
円	円	円	1／2	円

【振込口座】

振込口座	金融機関名	種別	口座番号	口座名義人
	〇〇[銀行] 農協 本店 信組 労金 ▲▲[支店]	当座 普通	〇〇〇〇〇〇	魚沼 太郎