第3号様式(第6条関係)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給資格者記入欄 | **重度心身障がい者医療費助成金請求書** | 受給者番号 | 　 |
| 請求額　金　　　　　　　　　　円也　　　　　　　　　　　　　　　　　 ただし、　　　　 年　 　月分重度心身障がい者医療費の助成を受けたく、助成金の額を証する書面を添えて上記のとおり請求します。令和　　年　　月　　日(宛先)新居浜市長　　　　　　請求者　住所 　　　　　　　　　　　　　　 氏名　　　　　　　　 　 |
| 保険医療機関等記入欄 | **医療保険各法による診療報酬請求額証明書** |
| 1　患者氏名　 　　　　　　　 2　診療月　 　　　 　年　 　月分3　診療報酬内訳 | 保 険種 別 | 政管 | 組合 | 日雇 | 船員 | 共済 | 国保 | 医歯国保 | 他　国保 | 退職本人 | 退職家族 | 後期高齢 |
| 一部負担金の割合 | 1　・　2　・　3 |
| 入院外来訪問看護別 | 入院 ・ 外来 ・ 訪問看護 ( 日) ( 日) ( 日) |
| 　 |
| 総診療報酬点数 | 　　　　　　 　　　点 |
| 他法公費負担額(種別：　 ) | 円 |
| 請求金額 | 円 |
| 　上記のとおり相違ありません。　 　　　　年　　月　　日保険医療機関等　所在地 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 名称　 　　　　 　　　　　　　　氏名　　　 　 　　　　 印　 |
| 助成金決定欄 |
| 　 | 本人負担額　　 高額療養費等　 保険診療外金額 　　 決定金額 (　　 　　　　)－(　 　　　　　)－(　 　　　　　)＝(　　 　　　　) | 　 |
| 　 |