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

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)										

3　診療報酬内訳

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

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
(　　)－	(　　)－	(　　)＝	(　　)