

精神障がい者入院 医療費助成申請書

湯沢町長 様

令和 年 月 日

申請者 住所
氏名

次のとおり医療費の助成を申請します。
また、町が必要に応じて、申請者への聞き取りや他の医療費助成担当課及び加入先医療保険に調査を行い、他の医療費助成や医療保険による高額療養費等の給付を受けられると確認できた場合は、当該医療費助成による給付額の調整を行うことに同意します。

受診者氏名			受診先 医療機関		
保 険 者 名			記号・番号		
振込指定機関	金融機関名		口座種別	普通 ・ 当座	
			口座番号		
	本支店名	本店 支店	フリガナ		
			氏 名		
入院月	年 月 分		入院期間	月 日 ～ 日 (日間)	
添付書類	☐ 医療機関発行の領収書及び明細書(原本) ☐ 健康保険被保険者証(対象者本人のもの) ☐ 限度額適用認定証 ☐ 振込先口座の分かるもの(通帳など)【※】 ☐ その他支給決定を行うための資料(診断書、入院計画書など) ※ 初回申請時や振込先口座に変更があった時に必要。				

※町記入欄	①受診者負担額	円	支給決定額	① - (② + ③)
	②高額療養費等	円		円
	③他の医療費助成	円		