

精神障がい者医療費交付申請書

年 月 日

新潟県燕市長 様

申請者 住所 燕市
氏名 (印)
(電話番号 - -)

次のとおり申請いたします。

精神障がい者 受給者証番号		保 険 者 名	
氏 名		記 号 番 号	
生 年 月 日	年 月 日	申請者との続柄	

受 領 書

¥ _____
ただし、年 月分保険診療自己負担金

診療報酬 請求実数	点		主たる病名	
区 分 (診療実日数)	入 院 (日~ 日)	入院外 (日)	四公費	県老・県障・県親・子ども
			自立支援	有 ・ 無

年 月 日

所在地
医療機関等 名 称
氏 名 (印)

※燕市記入欄

保険者負担額	公費(国自治体) 負 担 額	高額医療費	附加給付額	自己負担額	助 成 額