

[表]

(受給者が記入してください)

制 度 種 別	県老	県障	県親	単子	
県単医療費助成申請書 (□はり □きゅう □あん摩マッサージ指圧)					
年 月 日					
燕市長 様					
申請者 住 所					
氏 名					
印					
下記のとおり金 円 (診療月 年 月分) の医療費の助成を申請します。					
上記の医療費助成額の受領に関する権限を下記の者に委任します。					
代理人住所					
代理人氏名					
受給者証番号			保 険 者 名		
受給者氏名			記 号 ・ 番 号		
受療者氏名			被保険者氏名		
自己負担割合	3 割	2 割	1 割		
振 込 指 定 金 融 機 関 名	銀行名			口座番号	
	支店名			フリガナ 口座名義人	
※	他法負担額		一部負担金額		決定額

注 1 ※印欄は記入しないこと。

注 2 助成申請額の算出方法等裏面参照。

◎記名押印に代えて自署することができます。

(施術者が記入してください)

領 収 書 (診療月 年 月分)				
	療養に要した費用 A	自 己 負 担 額	県単一部負担金領収済額 C	県単医療費助成額 B - C
1 日 目	円	円	円	円
2 日 目	円	円	円	円
3 日 目	円	円	円	円
4 日 目	円	円	円	円
5 日 目以降	円	円	円	円
計	円	円	円	円
他法負担等 の有無	障害者総合支援法・母子保健法・児童福祉法・ その他 ()		公 費 分 費 用	
			患者負担額(公費分)	
上記のとおり県単一部負担金を領収しました。				
年 月 日				
施 術 所 所 在 地				
名 称				
様 施 術 者 氏 名				
印				

注 1 B 欄の自己負担額には、医療保険各法の一部負担金に相当する金額(円単位四捨五入)を記入すること。

(裏)

1 助成申請額の計算方法

対象者の療養に要した費用から保険給付額、他法負担額及び次の一部負担金を控除した額が申請額となります。

<県老の場合>

○ 療養に要した費用の2割

<県障・県親・単子の場合>

○ 1日につき 円（同一施術所については月4日までとし、かつその際の自己負担額が 円に満たないときは当該額）

2 不明な点は、市の担当窓口におたずねください。