様式第４（第７条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 | **９** | **１** | **６** |  |  |  |  |  |
|  |
| **精神障害者医療費支給申請書**令和　　　年　　　月　　　日犬　山　市　長　住　　所申請者　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　（　　　　 －　　　　 －　　　　）下記のとおり関係書類を添えて申請します。 |
| 受給者 | 住　所 |  | 申請者との続柄 |  |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 大・昭平・令 | 年　 　月　 　日 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 記号番号 | 記号 |  | 番号 |  |
| 保険者名 | 国民健康保険・国民健康保険組合全国健康保険協会・健康保険組合共済組合・（） |
| 支　　部 |
| 保険者番号 |  |
| 医療費総額 | 円 | （　　　　年　　　　月診療分： 入院 ・ 入院外 ） |
| 申請額 | 円 |
| 　 口座振込先記入欄（１、２のいずれかに○をつけてください。２の場合は金融機関名をご記入ください。） |
| １ | 前回と同じ口座に振込み | 金融機関名 |  | 　銀行信用金庫信用組合協同組合(　　　) |  | 本店支店 |
| ２ | 新規登録 ・ 口座変更 (いずれかに○をつけてください。) |
| 口座番号等 | フリガナ |  |
| 普　通当　座(　　　) |  |  |  |  |  |  |  | 口座名義 |  |

※この欄は記入不要です

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療費総額① | 保険給付費② | 附加給付金③ | 高額療養費④ | 一部負担金⑤ | 支給決定額(①-②-③-④-⑤) |
| 円 | 円 | 円 | 多数該当 | 円 | 入　院 | 円 | 円 |
| 世帯合算 |
| 課　　税 | 入院外 |
| 非課税 |
| 【助成区分】□　精　入院（全額）□　精　入院（１/２）□　精　通院（全額）□　全　入院（１/２・全額）□　全　通院（１/２・全額）【診療科】医科・歯科・調剤・柔整・訪問看護 | 【療養期間】　　　年　　　月　　　日から　　　年　　　月　　　日まで　　計　　　　　日 | 受付印 |
|  |
| 【申請理由】□　医療保険の給付　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　県外で受診□　その他（　　　　　　　　　　） | 受付 |
|  |