

記入例

県障医療費助成申請書

年 月 日

長岡市長様

受給者

記入してください

申請者住所 長岡市大手通1丁目4番地10  
氏名 長岡 太郎

下記のとおり、医療費の助成を申請します。

受給者番号	0T23456	保険者名	長岡市
受給者氏名	長岡 太郎	記号・番号	長岡 0001234567
		被保険者氏名	長岡 太郎
受給者個人番号	012345678910		
振込指定 金融機関	第四 北越 銀行・信組 長岡 支店 金庫・農協 市役所 出張所	口座番号	1234567
		フリガナ	ナガオカ タロウ
		口座名義人	長岡 太郎

- 注 1 本紙は受診した月ごとに1枚必要です。
- 2 " 医療機関ごとに1枚必要です。

受給者名義ではない口座  
に振り込む場合は、委任  
状が必要

県単一部負担金

市町

円

円

ここからは、記入しないでください。

( 年 月 )

一部負担額)

外来 調剤	月の初回受診日	点	円
	月の2回目受診日	点	円
	月の3回目受診日	点	円
	月の4回目受診日	点	円
	月の5回目以降	点	円
	合計	点	円
入院	入院日	年 月 日 ~ 年 月 日	
	入院日数	入院中の保険診療点数	支払額(一部負担額)
	日	点	円
	食事療養を受けた回数	回	うち長期該当 回
訪問 看護	利用日数	保険適用療養費の額	支払額(一部負担額)
	日		円
他法負担の有無		障害者総合支援法・母子保健法・児童福祉法・その他 ( )	

様(受給者氏名)

上記のとおり、療養等に係る一部負担金を領収しました。

年 月 日

所在地

医療機関等 名称

氏名

印

- ※ 支払額(一部負担額)の欄は、医療保険及び他法負担の適用後の金額を記入してください(医療保険適用外の額を含めないこと)。
- ※ 上記表の内容が確認できる領収書及び明細書を添付することで、医療機関等における記入を省略することができます。

## 注 意 事 項

### 1 助成額の計算方法

(1) 対象者の療養に要した費用から他法負担額、保険給付額及び次の一部負担金を控除した額が助成額となります。なお、一部負担金については、有効期間内においても変更となる場合があります。

ア 外来の場合は、月の初日から4回目まで受診日ごとに530円（その日の自己負担額が530円に満たないときは当該額）

イ 入院の場合は入院した1日につき1,200円で計算した額。

ウ 訪問看護の場合は利用した1日につき250円で計算した額。

(2) 入院時の食事療養に係る標準負担額については、保険者等から減額認定証の交付を受けている方が助成対象になります。この場合は、減額された標準負担額が助成額となります。

2 同一月中に、外来と入院と訪問看護があった場合には、それぞれの助成申請書が必要です。

例) (1) 外来、入院又は訪問看護のいずれかの場合	1枚
(2) 外来と入院の場合	2枚
(3) 外来と入院、再入院の場合	2枚
(4) 外来と入院と訪問看護の場合	3枚

3 不明な点は、市町村の担当窓口におたずねください。