【記載要領】

・重複助成を防ぐため、一回の受診ごとではなく、診療月単位で申請をお願いします。
・太枠内の申請者・受給者の情報について記載をお願いします。
・太枠外の項目については、領収書等で内容確認を行います。記載不要です。

【添付書類】

◇三重県外医療機関発行の領収書（コピー可）

※点数の記載があり、領収印が押印されているものに限ります。
※記載のない領収書は、健康保険対象の診療分であるか確認できないため、医療費助成の対象外となります。明記いただくよう発行元の医療機関にお問い合わせください。

◇高額療養費支給（不支給）通知書（該当の方のみ）

入院や手術等で、医療費が高額となった場合、高額療養費（附加給付）等の支給に該当する可能性があります。医療費助成の申請を行う前に、ご加入の保険者にお問い合わせいただき、高額療養費の支給申請を行ってください。

様式第５号（第８条関係）

福祉医療費助成申請書兼領収証明書

大台町長　様

（申請者記入欄）下記の医療費に係る福祉医療費の交付を申請します。
年　月　日
住　所　〒
氏　名
連絡先

1 障がい者
2 一人親家庭等
3 こども

※該当する番号を○で囲んでください。

市町コード		

受給資格証番号	氏名	性別	生年月日
		1男・2女	年　月　日

医療費証明書（第三者行為及び後期高齢者医療該当者を除く）				
診察月	令和　x年　1月	令和　x年　2月	令和　x年　2月	令和　x年　3月
一部負担割合	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割
入院・外来区分	入院・外来	入院・外来	入院・外来	入院・外来
入院診療実日数	日	日	日	日
保険請求点数（額）	（円）350点	（円）1000点	（円）555点	（円）500点
※1　一部負担額	1050円	3000円	1665円	1,500円
公費				
公費				点
公費・				円
食事療養　保				円
食事療養　標				円
食事療養　公				円
食事療養　公				円
処方				無
※2　処方箋発行医療機関番号				
※3　処方箋発行医療機関名称	A病院	A病院	B病院	C病院
証明書料	円			

領収書で内容確認を行います。記載不要です。

三重県外医療機関の領収書**（医療点数の記載があり、領収印が押印されているもの）**を添付してください。

上記のとおり診療を行い、所定の一部負担金を領収したことを証明します。

医療機関コード　　年　月　日

医療機関等　所在地〒
名称
開設者氏名
電話番号

※1一部負担額欄は、高額療養費が現物給付されたもののみレセプトの一部負担金額を記入してください。
※2処方箋発行医療機関番号は、保険薬局にて記入してください。
※3処方箋発行医療機関名称は、保険薬局にて記入してください。