

(表)

県老医療費助成申請書

年 月 日

長岡市長 様

申請者 住 所  
氏 名

下記のとおり金 円の医療費の助成を申請します。

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		
受療者個人番号						
振込指定機関	銀行名			口座		
	支店名			番号	氏名	
※	他法負担額	一部負担額		決定額		

- 注 1. ※印欄は記入しないこと。  
 2. 助成申請額の算定方法等裏面参照。  
 3. 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。

高額療養費相当額申請用 (診療月 年 月)					※1 高額療養費相当額の助成を受ける場合に記入すること。 ※2 一部負担金の支払額を証明できる領収書等を添付すること。
一ヶ月の一部負担金の支払額					
外来		入院		合計	

.....以下は医療機関等に記入してもらうこと.....

(診療月 年 月分)

療養の種類	総点数	領収済自己負担額	備考
入院・外来・調剤 訪問看護・療養費	点	円	
他法負担の有 無	障害者総合支援法・特定疾患治療研究事業 母子保健法・児童福祉法・その他 ( )	公費分点数	公費分の自己負担額
		点	円

上記のとおり領収しました。

年 月 日

所在地  
医療機関等 名称  
様 代表者氏名 印

◎上記の内容が確認できる領収書等を添付することで、医療機関等における記入を省略することができます。

(裏)

注意事項

1 助成申請書の計算方法

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

一部負担金の割合 医療費の2割（経過措置対象者は1割）

一部負担額が一定額を超えた場合には、申請により市町村から超過額が払い戻されます。

(高額療養費相当額の申請について)

一部負担金については、以下の額を超えた額が、申請により市町村から払い戻されます。

	受給者が1ヶ月に支払った 外 来 の 一 部 負 担 金	受給者が1ヶ月に支払った 一 部 負 担 金 の 合 計 額
①一般の方	18,000円	57,600円 (44,400円)
②市町村民税非課税の世帯に属 する方(③以外の方)	8,000円	24,600円
③②のうち、所得が一定の基準 に満たない方		15,000円

※ ( ) 内は多数回該当の場合

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。

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。