

奈良市(一般・後期高齢者)精神障害者医療費助成金交付請求書

年 月 日

(あて先) 奈良市長

請求者 住所 奈良市

氏名 ㊞

電話 - -

金 円

ただし、年 月分 医療費助成金を上記のとおり交付されるよう請求します。

受給者番号		受給者氏名	フリガナ	
			生年月日	年 月 日
医療保険 名称		医療保険 記号番号	記号	番号

医療機関等の領収証を添付してください	※ 入院の状況		入院期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)	
	医療機関名	日数	総点数	自己負担額
		日	点	円
				円
	※ 通院の状況			
	① 医療機関名	日数	総点数	自己負担額
		日	点	円
				円
	② 医療機関名	日数	総点数	自己負担額
		日	点	円
				円
③ 医療機関名	日数	総点数	自己負担額	
	日	点	円	
			円	
④ 医療機関名	日数	総点数	自己負担額	
	日	点	円	
			円	
⑤ 医療機関名	日数	総点数	自己負担額	
	日	点	円	
			円	
	日数	総点数	自己負担額	
合計	日	点	円	
			円	

【自己負担額】 【高額療養費】 【一部負担金】
 (円) - (円) - (円) = 支給額 円

※欄は記入しないでください。 医療費助成金の請求権は5年・高額療養費は2年で時効になります。