

精神

年 月 日

精神障害者医療費交付申請書

阿 賀 町 長 様

申請人
住 所 阿賀町
氏 名

印

受 領 証						
年 月分						
保 険 証記号 番号				受給者氏名		
傷 病 名	診 療 日 数				1 国保 2 社保 3 結核 4 精神 の別	
	入院	日	外来	日		
医療費 合 計	円	一 部 負 担 金	円	支 給 決 定 額	※	円
上記のとおり一部負担金を領収いたしました。						
年 月 日						
所在地 医療機関等 名 称 氏 名						

印

- 1 国保、社保、結核、精神の別には、該当する箇所には○を付してください。
- 2 上記受領証に代えて領収書の添付でも可。
- 3 ※の箇所は記入を要しません。