

遷延性意識障害者医療費給付請求書

受給者番号

対象患者氏名

請求金額

円

遷延性意識障害者医療費を上記のとおり請求します。

年 月 日 (千 -)

請求者 住所

氏名

長野県 保健福祉事務所 様

対象患者との続柄()

受領方法
(請求者本人)

口座振込

銀行名

銀行・金庫

店

信用組合・農協

所

ふりがな

預金種別

普通・当座

口座番号

口座名義人

銀行窓口での受領

銀行

支店

遷延性意識障害者医療費証明書(医療機関記入欄)

保健所記入欄

加入医療保険種別
(区分)

国保・国退・健保・共済・後期高齢者・
介護・その他()
(本人・家族・高齢)
(1割・2割・3割)

加入医療保険証又は介護保険証の発行機関
()

診療年月

区分

医療等に係る費用

患者窓口
支払額 A
(円)

診療
日(回)数
(日・回)

高額療養費・
高額介護サービス費
受給額 B
(円)

患者一部
自己負担額
C
(円)

公費負担額
A-B-C
(円)

年月分
(日
から)
※新規の
場合は日
付を記入

入院
入院外
訪問看護

点
点
円

日
日
日

円
円
円

円
円
円

円
円
円

年月分

入院
入院外
訪問看護

点
点
円

日
日
日

円
円
円

円
円
円

円
円
円

遷延性意識障害者の医療等に係る費用、患者窓口支払額及び診療日(回)数は、上記のとおりであることを証明します。
他の公的医療給付との重複等についても、確認済みです。

年 月 日

医療機関所在地

名称

代表者氏名

印

(参考) 他の公的医療給付との適用順位について

- ・ 遷延性意識障害者医療費と障害者自立支援医療(更生医療、育成医療)では、後者が優先されます。

- (注) 1 医療等に係る費用は、遷延性意識障害者の医療等と関連のない費用は含めないでください。
2 院外処方せんによる薬局の調剤分については、薬局の証明を受け処方せんの写を添付してください。
3 加入医療保険が変更になった場合は、請求書は別葉としてください。

(この欄は受領委任する場合のみ記入して下さい。)

委任状

私は、当該遷延性意識障害者医療費の請求に係る受領を次の者に委任します。

委任先 (〒 -)
(受領者) 住所

氏名

年 月 日

委任者 (〒 -)
(請求者) 住所

氏名

印

受領方法 (受領者本人)	口座振込	銀行名	銀行・金庫 店		口座 名義人	ふりがな
		信用組合・農協	所			
	預金種別	普通・当座	口座番号			
銀行の窓口での受領		銀行		支店		