

依 頼 書

各医療機関様

船 橋 市 障 害 福 祉 課

船橋市では、本市在住で精神障害により入院治療を必要とするものに対して入院医療費の一部を助成しております。つきましては、本書持参患者(持参者が代理人の場合は対象患者)が精神科に入院をされておりましたら、貴医療機関に支払済の健康保険適用の医療費及び入院時食事療養費標準負担額を下記証明書にご証明のうえ、本依頼書持参者にお渡しくださるようよろしくお願い申し上げます。

※下記証明書の証明手数料は受診者負担となります。但し、船橋市医師会加入の医療機関の受診者分に限り証明手数料は船橋市が負担し、後日銀行振込にてお支払い致します。

※不明な点につきましては、障害福祉課(TEL047-436-2357)までお問い合わせ下さい。

きりとりせん

第2号様式

精神障害者入院医療費証明書

年 月 日

様

医療機関の所在地  
名称及び代表者

印

年 月分の医療費(総医療点数)は、下記のとおりです。

受診者氏名		男・女	本人・家族(被扶養者)
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生		
保健種別	協会・組・日・船・共・国(一般・退職)・後期		
被保険者証記号 番号		入院 日数	日
診療報酬明細書 による総医療点数	点	他制度による 公費負担額 の有無	有 ・ 無 老人保険法・船橋市老人医療費助成 制度 その他( )
入院時食事療養 費標準負担額	入院日数	日 ×	円 / 日 = 円
備考			

※公費負担医療制度等の該当となっている場合には、「他制度による公費負担額の有無」欄の「有」と該当箇所には○印を附して下さい。