

精神障害者入院医療援護金入院期間等の証明書

年 月 日

神奈川県健康医療局保健医療部がん・疾病対策課長殿

所在地

病院名

院長名

以下のことについて相違ないことを証明します。(※必ず医療機関の方がご記入ください。)

患者氏名			
入院した期間		医療費月額 (自己負担額)	備考 (期間中の退院、転院、再入院・重度障害者医療費助成制度適用者等について記入)
年 月	期 間		
令和 年 月	日間	円	
令和 年 月	日間	円	
令和 年 月	日間	円	

※ 医療費月額は、健康保険法、または介護保険法の例により算定された額のうち、自己負担分(自己負担額の算定については、健康保険各法に基づく家族療養費の付加給付額を除いた額)を記入してください。食事療養費は含めないでください。

※ 各種医療費助成制度を利用して自己負担がない方は対象になりません。(窓口で一度支払をした後、市町村で払い戻しを受ける方も同様です。)

以下は申請者が記入してください。

患者の現在の 住民票の住所	(〒)
振込先口座	銀行 支店 普通・当座 口座番号 (フリガナ)(フリガナ) 名義人 (氏 名)
申請者氏名	(患者との続柄) (電話番号)
申請者住所	(〒)

※ 振込先口座は患者名義とします。ただし口座凍結等の事情がある場合には、以下問合せ先までご連絡ください。また、この証明書に記載の事実と過誤があった場合、返還請求することがあります。

○ 問合せ先：神奈川県健康医療局保健医療部がん・疾病対策課 精神医療グループ

電話(045)-210-1111 (代表) 内線 4730