

自立支援医療（精神通院）
指定医療機関 様

田辺市役所 保険課

精神障害者医療費請求書用紙等の送付について

平素は、田辺市行政にご高配を賜りありがとうございます。

当市では、田辺市に住民登録のある方の自立支援医療（精神通院）にかかる自己負担分を全額助成しています。お電話でご依頼のありました請求書用紙を送付いたしますので、当市に請求される場合にご使用ください。

なお、請求に際しては、同封の請求書に受給者番号・氏名・診療月・診療点数・一部負担金・受診病院等をご記入の上、受診月の翌月20日頃までに届くようお願いいたします。

請求期限は診療日翌月1日から起算して5年（令和2年3月診療以前分は3年）以内となっていますので、これを過ぎるとお支払いできません。振込日は、毎月20日までの受理分については翌月10日（金融機関非営業日の場合はその前日）となりますのでご了承ください。

「一部負担金」の欄には、本来患者が受診ごとに負担すべき額（10円未満四捨五入）の1ヶ月の合計を記入していただくこととなります。「自己負担上限額管理票」をご確認いただき、1ヶ月の医療と調剤等を合算して負担上限額を超えることのないよう十分ご注意ください。なお、請求いただく分は田辺市に住民登録のある方の自立支援医療（精神通院）にかかる自己負担分となります。資格対象外の方を請求された場合や、他の医療機関等の請求額と合算して、自立支援医療で設定されている1ヶ月の自己負担限度額を超えて請求された場合は、お支払い金額を減額させていただくこともございますのでご了承ください。

（お問合せ先・請求書送付先）

〒646-8545

和歌山県田辺市新屋敷町1番地

田辺市役所 保険課医療係

担当 岡本

電話：0739-26-9926（直通）

FAX：0739-26-9961

精神障害者医療費請求書

令和 年 月 日

和歌山県田辺市
田辺市長

宛て

医療機関等の所在地及び名称

開設者氏名

印

令和 年 月分の精神障害者医療費を
下記のとおり請求します。

請求金額 _____ 円

請求明細表

受給者番号	受給者氏名	診療月	保険診療点数	一部負担金	受診病院

振込指定銀行名・支店名

預金種別

預金口座番号

口座名義人(フリガナ)

※受診病院欄は、調剤薬局の場合、院外処方箋を発行した病院名を記入してください。

