

重度心身障害者医療費助成申請書

申請者記入欄		※太線の枠内のみ記入し、押印してください。											
高根沢町長 様		令和 年 月 日											
		受給資格者住所 (申請者)								氏名 印			
		電話											
受給資格者証 記号番号				加入保険		被保険者氏名							
						保険証記号番号							
受診者	氏名			加入保険	保険者	番号							
	生年月日	年	月			日	名称						
振込先		(フリガナ) 口座名義		銀行 支店		預金種別		普通・当座					
		口座番号											
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無										有・無			

(注)高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。

医療機関等記入欄		※太線の枠内のみ記入し、押印してください。 点数の欄は右詰で記入し、空欄は斜線を引いてください。													
保 険 診 療 証 明 書															
保険種類		国保・社保・後期高齢者医療			自己負担割合 1・2・3 割			特定疾病療養受療証の有無				有・無			
診療年月		保険診療合計点数						他法負担点数				備 考			
年	月	入院 日数	入院点数			外来点数									
令和 年 月 日															
		医療機関等 所在地 名 称 氏 名								印					

助成 内容	保険診療 合計金額 ① 円	一 部 負担額 ② 円	控除額の内訳						控除後 の額 ②-④ 円	保険診療合 計金額の1 割の額※ ①×1/10-③ 円	医療費 助成額 円
			他 法 負担額 円	高 額 療 養 費 円	付 加 給 付 額 円	自 己 負 担 控 除 額 ③ 円	そ の 他 円	控 除 額 計 ④ 円			
計											

※ 受給権者が65歳から74歳の場合に記入する(保険種類が後期高齢者医療である場合を除く。)