

別記様式第4号（第6条関係）

重度心身障害者医療費助成申請書

申請者記入欄		〇〇年〇〇月〇〇日									
矢板市長 様		受給資格者 住所 矢板市 本町5-4 (申請者) 氏名 矢板 太郎 電話 0287-43-1116									
受給資格者証記号番号		〇〇〇〇		加入保険		被保険者氏名		矢板 太郎			
受診者		氏名 矢板 太郎				記号番号		〇〇-〇〇〇〇			
生年月日		〇〇年〇〇月〇〇日		番号		〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇					
				名称		〇〇健康保険組合					
振込先		申請の際に指定していただいた口座になります。									
他公費制度の利用状況について、矢板市が確認することに同意します。		チェック欄 ☒		交通事故等による		はい・いいえ					
一部負担金		円以上支払った家族の有無				有・無					

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

・他公費制度とは、自立支援医療制度、特定疾患医療費助成制度等です。

※領収書を発行してもらえない場合に病院等で記入してもらってください。

医療機関等記入欄 ※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・その他				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	入日	院数	入院点数				外来点数									
年 月 日																	
医療機関等 所在地																	
名 称																	
氏 名																	
印																	