

重度心身障害医療費助成申請書

申請者記入欄		平成 年 月 日	
矢板市長 殿		受給資格者 (申請者)	住所 矢板市 氏名 電話
受給資格者		加入保険 変更のない方は 記入不要	被保険者氏名
証記号番号			保険証記号番号
受診者氏名	年 月 日		保 険 者 番 号
受診者生年月日	年 月 日		保 険 者 名 称
振込先	申請の際に指定していただいた口座になります。		
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		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		備考 (窓口負担額等)
年 月	入院点数	外来点数	
	入院日数	他法負担点数	
平成 年 月 日	医療機関等 所在地		
	名称		
	氏名		印

助成内容	保険受診合計金額	一部負担額	控除額の内訳					医療費助成額
			他法負担額	高額療養費	附加給付額	自己負担控除額	その他	
	円	円	円	円	円	円	円	円

この申請書はインターネットサービスによる申請書の様式です。所定の様式同様にお使いいただけます。