

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。

平成 年 月 日

益子町長 様

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	M T S H 年 月 日	保 險 者	番 号	
	生年月日			名 称	
振込先	銀行(信組・信金・農協) 支店 種別：普通・当座 (77カナ) 口座名義 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	入院数	入院点数	外来点数		

平成 年 月 日

医療機関等 所在地
名称
氏名 印

助成 内容	保険診療 合計金額 ①	一 部 負 担 金 ②	控 除 額 の 内 訳					控 除 後 の 額 ② - ④	保険診療合計金額 の1割の額※ ①×1/10-③	医 療 費 助 成 額
			他 法 負 担 額	高 額 療 養 費	付 加 給 付 額	自 己 負 担 控 除 額 ③	そ の 他			
	円	円	円	円	円	円	円	円	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。）。