

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。 | | | | | | | | | | | |
| 岩舟町長 様 | | 受給資格者 (申請者) | | 住所 岩舟町大字 | | 氏名 | | 電話 | | 平成 年 月 日 | | 印 | |
| 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 | | 番号 | | | | | | | | |
| | 生年月日 年 月 日 | | | | 名称 | | 岩舟町・国保組合 健康保険組合 全国健康保険協会 共済組合 栃木県後期高齢者広域連合 | | | | | | |
| 振込先 | | 銀行 支店 預金種別 普通・当座 (フリガナ) ※登録口座に振込みになりますので、記入は不要です。 振込先を変更する場合は、変更届を提出してください。 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 日 | 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 | |

| | 保険診療 合計金額 ① | 一 部 負担額 ② | 控 除 額 の 内 訳 | | | | | 控除後 の額 ②-④ | 保険診療合 計額の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 | | | |
| 助成 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | |
| 内容 | | | | | | | | | | |
| 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。）。