

重度心身障がい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。

令和 年 月 日

野木町長 様

受給資格者 住所 野木町大字
(申請者) 氏名
電話

印

受給者番号		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		名称	
振込先	新規・振込先変更の場合は記入してください。			
	(フリガナ)	銀行	支店	預金種別 普通・当座
	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) 高額療養費及び附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。

※診療月には申請できません。翌月の初日から1年以内に申請してください。

医療機関記入欄

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
年 月	入院日数	入院点数	外来点数	
			他法負担点数	
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	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	附加給付額	自己負担控除額③	その他			
	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
後期高齢者										
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。)