

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てください。

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

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					保険者	番号								
	生年月日	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

※太線の枠内のみ記入してください。

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	入院日数	入院点数	外来点数						
年 月 日							医療機関等 所在地 名 称 氏 名		

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	医療費額
	円	円	他法負担額 円	高額療養費 円	附加給付額 円	自己負担控除額③ 円	その他 円	控除額計 ④ 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。）