

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。										
那珂川町長 様		年 月 日										
		受給資格者 (申請者)				住所 那珂川町				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					保険者	番号					
	生年月日	年 月 日					名称					
振込先		銀行 支店 預金種別 普通・当座										
		(フリガナ) 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。

医療機関等記入欄		※太線の枠内のみ記入し、押印してください。 点線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 日数	入院点数				外来点数				
年 月 日		医療機関等 所在地						名称 印			
								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 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	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)。