

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、押印して下さい	
大田原市長様			年 月 日
受給資格者 住所		(申請者) 氏名	
		Ⓜ	
		電話	
受給資格者証番号		被保険者氏名	受給資格者証に同じ
		加入保険	
受診者 氏名		保険証記号番号	
受診者 生年月日	年 月 日	保険番号	
振込先	金融機関名	銀行・信金 信組・農協	本店 支店
	(フリガナ)	口座番号	預金種別 普通当座
	口座名義		
一部負担21,000円以上支払った家族の有無			有 ・ 無

医療機関記入欄		※太線の枠内のみ記入し、押印して下さい	
保険診療証明書			
保険種類	国保 ・ 社保 ・ その他	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		食事療養費
年 月	入院日数	入院点数	回数
		外来点数	金額 (標準負担額) 円
			他法負担 点数
			備考
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 の金額 ②-③=④	保険診療 合計金額の 1割の額※1 ① × 1 / 10	食療 養費 ⑤ ※2	医療費 ④ + ⑤
	円	円	他法 負担額	高 療養費	附 加 給付額	控除額計 ③	円	円	円	円

※1 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。)

※2 受給資格者が後期高齢者医療の場合のみ記入する。