

重度心身障がい者医療費助成申請書

見本

申請者記入欄		小山市長様		令和 年 月 日	
受給資格者証または振込通知にある6または7桁の数字を記入してください。		受給資格者 (保護者)	住所	小山市中央町1-1-1	
			氏名	小山 太郎	
			電話	0285-00-△△△△	
受給者番号	123456		加入	被保険者氏名	小山 太郎
受診者	フリガナ	オヤマ タロウ		保険証記号番号	123-456
	氏名	小山 太郎		番号	00090084
	生年月日	昭和60年1月18日		名称	小山市
振込先 あてはまるものに○をし、新規・変更有の時のみ振込先を記入してください。	変更無	新規・変更有	(カカロ)	医療機関受診の際に提示している健康保険証を確認しながら記入してください。 (加入している健康保険が変更になった場合は福祉課へ届出が必要です。)	
(注) 高額療養費を支払ったときは、当該支給額を控除額として記入してください。					

医療機関記	振込先を変更する場合は新たに希望される振込先を記入の上、通帳等の写しを添付してください。	記入		
-------	----------------------------------------------	----	--	--

保険診療証明書									
保険種類	国保・社保・後高	自己負担割合	1・2・3割	特定疾病療養受領証の有無	有	無			
診療年月	保険診療合計点数				食事療養費		他法負担点数	備考	
年	月	入院日数	入院点数 (後高・円)	外来点数 (後高・円)	回数	金額 (標準負担額)			
令和 年 月 日		医療機関等		所在地		氏名		印	

助成内容	保険診療合計金額	一部負担額	控除額の内訳				医療費助成額
			他法負担額	高額療養費	附加給付額	その他	
	円	円	円	円	円	円	円
	円	円	円	円	円	円	円
	円	円	円	円	円	円	円