

重度心身 **記入例** 成申請書

コピー使用可

申請者記入欄 ※太線の枠内のみ記入し、押印して下さい。

小山市長様

令和 年 月 日

住所 小山市中央町1-1-1

氏名 小山 太郎

電話 0285-00-△△

押印省略

元号のアルファベットの略字を記入してください。

受給資格者証の7桁の番号です。

受給者番号	123456		加入 保 険	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	〇〇〇-〇〇〇	
	氏名	小山 太郎		保 険 者	番 号	〇〇〇〇〇〇〇〇
	生年月日	H 1 年 4 月 1 日			名 称	〇〇健康保険組合
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	振込先に変更がない場合は、 記入しないでください。			普通・当座
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下さい。

医療機関記入欄 ※太線の枠内のみ記入し、押印して下さい。
※後期高齢者医療に該当する場合は、一部負担金(金額円)を記入して下さい。

保険証が変わった時は
福祉総務課へ届出が必要です。

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 占 拠	備 考	
年	月	入院	入院点数	外来点数	回数	金額			
医療機関が記入する欄なので、申請される方の記入は不要となります。									
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	一 部	控 除 額 の 内 訳			医療費 助成額
	市役所の事務処理欄なので、記入不要です。					円
						円
円						

※領収書は、原則として原本を添付してください。