

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		電話		印	
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				氏名	
												印	

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	控 除 額 計 ④			
	円	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)。