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。

年　　月　　日

茂木町長　様

受給資格者（申請者）　住　所
氏　名
電話番号

受給資格者証記号番号			被保険者氏名	
受診者	フリガナ 氏　名		保険証記号番号	
			保険者番号	
	生年月日	年　月　日	保険者名称	

振込先 **※新規・変更の方のみ**	銀行名	銀行　　支店	預金種別	普通　・　当座
	フリガナ 口座名義		口座番号	

同じ月に同じ保険証の家族で一部負担金２万１千円以上の自己負担を支払った人	有　・　無

（注）高額療養費に該当したときは、その支給決定通知書（コピー可）を添付してください。

医療機関等記入欄 ※二重線の枠内のみ記入・押印してください。点数は右詰で記入し、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	有・無

診療年月 年	診療年月 月	入院日数	保険診療合計点数 入院点数	保険診療合計点数 外来点数	他法負担点数	備考（自己負担免除　有・無）

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	一部負担金②	控除額の内訳						控除後の額②－④	保険診療合計額の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			

＜単位は円＞　　※受給者が 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）。