

重度心身障がい者医療費助成申請書

宇城市長		様		年 月 日		
申請者 住 所		氏 名		電話番号		
次のとおり、 年 月分医療費の助成を申請します。						
申請者の記入欄	受給資格者氏名			受給資格者番号		
	生 年 月 日	年 月 日		加 入 保 険	国保・社保・後期	
	当該月の他の世帯員の受診状況(高額医療費該当分のみ)	氏名		医療機関	支払額	
		氏名		医療機関	支払額	
診療(調剤)報酬証明			患者氏名			
医療機関・保険薬局の記入欄	医療機関	診療年月	入院	日 数	保険総点数	一部負担金
		年		日	点	円
		月分	通院	日 数	保険総点数	一部負担金
				日	点	円
	上記のとおり一部負担金を領収したことを証明します。 年 月 日					
	医療機関コード					
	所在地 名 称					
	電話番号(ー ー)					
	該当医療 他法該当に ○を記入					1 該当無 2 更生医療 3 その他 ()
	調剤薬局	調剤年月	調剤	日 数	保険総点数	一部負担金
年		日		点	円	
月分						
上記のとおり一部負担金を領収したことを証明します。 年 月 日						
医療機関コード						
電話番号(ー ー)						
所在地 名 称						
市記入欄		一部負担金額 ①	高額療養費額 ②	附加給付額 ③	自己負担額 ④	助成額 ①－(②＋③＋④)
	入 院	円	円	円	円	円
	入院以外	円	円	円	円	円
同月 21,000円以上		あり・なし		(母・父・その他)に確認		受 付

※注 助成の申請は、診療を受けた月の翌月から起算して13か月以内です。