

重度心身障がい者医療費助成申請書

宇城市長 様		令和 年 月 日				
		申請者 住所 氏名 電話番号				
次のとおり、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	大正 昭和 平成 年 月 日	加入保険	国保 社保 後期		
診療(調剤)報酬証明			患者氏名			
医療機関・ 保険薬局の記入欄	診療年月	区分	日数	保険総点数	一部負担金 ※1	
	年	入院	日	点	円	
	月分	外来	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 <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	所在地 名称			(印)	該当医療 他法該当に ○を記入	
		電話番号(— —)		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 ※1	
	年 月分		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		<input style="width: 100%;" type="text"/>		電話番号(— —)	
所在地 名称		(印)				
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	2,000円	円
	外来	円	円	円	1,000円	円
同月	21,000円以上	あり・なし	(本人・家族・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。

※1 一部負担金は、自費分を除いた窓口負担額を記入してください。