重度心身障がい者医療費助成申請書

申請者記入欄

※二重線の枠内に黒のボールペン等で記入し、署名又は記名押印してください。
※記入のしかたは裏面をご覧ください。消えるボールペンで記入しないでください。

下野市長　様　　年　月　日

受給資格者（申請者）　住所　下野市
氏名　　㊞
電話

本申請にあたり、住民基本台帳情報並びに世帯員及び同一健康保険加入者の住民税課税状況等を閲覧することに同意します。

受給資格者証記号番号			加入保険	被保険者氏名	
受診者	氏名			保険証記号番号	
	生年月日	大正・昭和・平成　年　月　日		保険者名称	後期高齢者医療広域連合 下野市国保・国保組合 健康保険組合・共済組合 全国健康保険協会（　　）支部
一部負担金21,000円以上支払った家族の有無　（裏面参照）					有　・　無（※　　月診療）

医療機関記入欄

※医療機関等が記入押印してください（レセプト1件1行、点数欄は右詰とし空欄は線を引いてください）。
※柔道整復師等（受領委任払い）は、点数に「円」をつけた保険診療合計金額で証明してください。

保険診療証明書　　受診者氏名（　　）

保険種類	自己負担割合	特定疾病療養受療証	限度額適用認定証等
国保・社保・後期高齢者医療	1・2・3割	有　・　無	ア・イ・ウ・エ・オ・低Ⅰ・低Ⅱ・多数

診療年月		保険診療合計点数				他法負担点数（法別番号）	備考（自己負担額等）
年	月	診療科等	入院・外来	日数	点数		
			入・外			（　）	
			入・外			（　）	
			入・外			（　）	
			入・外			（　）	
			入・外			（　）	
			入・外			（　）	

年　月　日

医療機関等コード

医療機関等
所在地
名称
氏名　　㊞
電話番号

㊟領収書は、のりやテープで貼らないでください。

診療科等	保険診療合計①	一部負担額②	控除額の内訳（控除合計③）				控除後の額②－③	1割の額（①）	その他②（調整額）	医療費助成合計額
			他法負担額	高額療養費	附加給付額	その他				