

日光市重度心身障がい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

日光市長様		年 月 日	
受給資格者 (申請者)		住所 氏名 電話	
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	番号	保険証記号番号
生年月日	年 月 日	名称	
振込先	銀行 (フリガナ) 口座名義	支店	預金種別 普通・当座
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下さい。

医療機関記入欄

※太線の枠内のみ記入し、押印してください。

点数の欄は右詰めで記入し、空欄は斜線で引いて下さい。

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 (後期高齢・円)	外来点数 (後期高齢・円)	
令和 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 円	一部負担金 円	控除額の内訳				医療費助成額 円
			他法負担額 円	高額療養費 円	附加額 円	その他 円	
計							