

重度心身障害者医療費支給申請書

平成 年 月 日

木更津市長 様

住所 木更津市

申請者 氏名

印

電話

次のとおり重度心身障害者医療費の助成を受けたいので関係書類を添えて申請します。

受給者番号	第 号		保険者の名称	
受給者	氏名		被保険者等の記号・番号	
	生年月日	M T 年 月 日 S H	金融機関名 支店名	支店
	住所	木更津市	口座番号	
			預金種目	普 ・ 当 ・ 貯
同一世帯で前12ヶ月に3回以上の高額療養費該当の有無	有 ・ 無		フリガナ	
		名義人氏名		

◎上欄は必ず申請者が記入し、下欄は医療機関等で証明を受けてください。

医療機関等証明書

(平成 年 月 診療分)

傷病名				
保険の種別	1. 全国健康保険協会管掌健康保険 4. 船員健康保険 7. 国民健康保険組合 2. 組合管掌健康保険 5. 共済組合 8. 千葉県後期高齢者医療広域連合 3. 日雇労働者健康保険 6. 国民健康保険 9. その他の健康保険		1 本人 2 家族	
保険負担割合	7割 ・ 8割 ・ 9割		診療実日数	
保険請求点数	入院	点	入院	日
	外来	点	外来	日
	調剤	点	一部負担金	入院 円 外来 円 調剤 円
医療機関等証明手数料	円		調剤	円

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

保険医療機関

所在地

療養取扱機関

名称

氏名

印

※事務処理欄	1入院 3調剤 5その他 2外来 4柔道整復		高額該当 有 ・ 無		区分 一般・後期	所得状況 上位・一般・低所得 (I・II)		
	内容	総医療費 A	一部負担金 B	高額療養費 C	付加給付額 D	医療費支給額 E=(B-C-D)	手数料 F	支給額 E+F

※欄は記入しないでください。