管轄区	中央　東　西　南　北

記載例

確認欄	班長	班員	受付	振込月

郵送の場合は、消印日が申請受付日となります。

※太わく内をご記入ください。

重度心身障害者医療費助成申請書

熊本市長　宛　　令和 3 年 4 月 15 日

申請者（受給資格者）	住所	熊本市　中央区手取本町1番1号		
	氏名	熊本　大郎	TEL	連絡が取れる電話番号を記入
窓口に来た方	住所	□申請者と同じ　中央区花畑町1番1号		
	氏名	□申請者と同じ　熊本　花子	続柄	子
			TEL	連絡が取れる電話番号を記入

関係書類を添え、次のとおり医療費の助成について申請します。支給される医療費助成金は、別紙提出済の口座振替依頼書に記載の預金口座に振込んでください。

患者名	□申請者と同じ	明・大・令・昭・平 40年 1 月 1 日	
病院または薬局名	熊本市民病院	所在地	1. 市内　3. 県外（　　県） 2. 市外（市町村名　　）
加入医療保険	□ 熊本市国民健康保険（　　－　　）	保険者番号	
	□ 熊本県後期高齢者医療広域連合	保険証番号を記入	
	□ 全国健康保険協会		
	□ その他（		

診療月	令和3 年 1 月	令和3 年 2 月	令和3 年 3 月
	年　月	年　月	年　月

診療を受けた翌月から1年以内について申請が出来ます。
例）令和3年4月申請→　令和2年4月～令和3年3月

※高齢受給者証をお持ちでない方で１ヶ月の医療費が21,000円

同じ保険証をお使いの方でこの申請と同じ診療月に21,000円もしくは7,000点以上の医療費を払った方がおられますか？
（この申請書の患者本人を含む）　1　いる（領収書添付）　2　いない

H27.1～	課ア・課イ・課ウ・課エ・非オ		
高齢受給者	一定以上・一般・低Ⅱ・低Ⅰ		
多数該当	有・無	老人世帯	単身・複数
高齢受給	在・不在	口座登録	有・同時

助成額	百	十	万	千	百	十	円

（　　枚　　円）

受給資格者証 記号・番号		受付	年

1医療機関につき1枚の申請書が必要です。
例）A病院・B病院・C保険薬局の場合は、3枚の申請書が必要となります。

区分 入院(1) 外来(2)	総点数（点）	一部負担金の額（円）	高額療養費の額（円）	附加

【郵送で申請される場合の注意事項】

・同じ月の領収書は一度にまとめて申請してください。
・熊本市国民健康保険以外にご加入の方で、高額医療費に該当する方は、領収書の他に、必ず**「高額療養費の支給　決定通知書」**を添付してください。
（※高額療養費に該当するかどうかはご加入の健康保険にご確認ください。）
・装具申請の場合は、領収書の他に、**装具装着証明書・療養費決定通知書（国民健康保険外の方のみ）**が必要です。
・書類の不足等があった場合、追加でご提出いただく等お手続きにお時間を要する場合がありますので、ご了承ください。また、お電話で確認する場合がありますので、日中連絡の取れるお電話番号をご記入ください。
・ご提出いただいた領収書等は、受付後、郵送にてご返却いたします。ただし、普通郵便となりますのでご了承ください。
・初回申請の場合は、別途口座登録のお手続きが必要です。