

管轄区	中央	東	西	南	北
-----	----	---	---	---	---

原本	コピー
----	-----

確認欄	班長	班員	受付	振込月
-----	----	----	----	-----

重度心身障害者医療費助成申請書

熊本市長宛 令和 年 月 日

申請者 (受給資格者)	住所	熊本市		
	氏名		TEL	

窓口に来た方	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	続柄	
			TEL	

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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	明大令 昭平	年 月 日			
病院または薬局名		所在地	1. 市内 3. 県外(県) 2. 市外 (市町村名)			
加入医療保険	<input type="checkbox"/> 熊本市国民健康保険 () - ()		保険者番号			
	<input type="checkbox"/> 熊本県後期高齢者医療広域連合					
	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会					
	<input type="checkbox"/> その他 ()					
診療月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 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円もしくは7,000点以上の方におたずねします。

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・非才
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	月	日	医療機関番号	4	3														

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)	附加給付額 (円)	差額 (円)	助成額 (円)	診療年月		備考 (公費番号等)	
							年	月		
										1
										2
										3
										4
										5
										6
										7
										8
										9
										10
										11
										12
										13

※太わく内をご記入ください。