

※太わく内をご記入ください。

管轄区	班 長	班 員	受 付	振込月
中央 東 西	記載例			確認欄

記入日を記載(郵送の場合は消印日を申請受付日とします)

### 重度心身障害者医療費助成申請書

熊本市長 宛 令和 2年 4月 17日

申請者	住所	熊本市中央区手取本町1番1号	押印(スタンプ印不可)	連絡がとれる連絡先の記入をお願いします
	氏名	熊本 太郎	印	自宅 〇〇〇-〇〇〇〇 携帯 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

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	熊本 太郎		明大令	昭平	50年 1月 1日
病院または薬局名	熊本市市民病院	医療機関・薬局等の記入をお願いします	1. 市内	3. 県外( 県)	
保険証内容	熊本市(国保)・全国健康保険協会	支部・後期	保険者番号		430017
診療月	令和1年 1 2月	令和2年 1月	令和2年 2月	令和2年 3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

保険証を確認し記入してください。

H27.1~	課了・課イ・課ウ・課エ・非才
高齢受給者	診療を受けた月の翌月から1年以内について申請できます 例) 令和2年4月申請→平成31年4月~令和2年3月
高齢受給 在・不在	助成額
老人世帯 単身・複数	百 十 円
口座登録 有・無	円)

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。

保険確認欄	国保(一般) <input type="checkbox"/>	社保 <input type="checkbox"/>
	国保(高齢) <input type="checkbox"/>	後期 <input type="checkbox"/>
受給資格者証記号・番号		

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)	診療月		公費 番号	他公費 負担額
							年	月		

**【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、高額療養費に該当する方は、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(国民健康保険以外の方のみ)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ことがありますので、ご了承ください。また、お電話で連絡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、郵送でご返却いたします。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。