管轄区

中央　東

後期高齢者医療保険用　記載例

確認欄	班　長	班　員	受　付	振込月

※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

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）

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			
	氏　名	熊本　太郎　印	TEL	自宅	○○○-○○○○
				携帯	○○○-○○○○-○○○○

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

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・昭・平・令	50年　1月　1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　）
保険証内容	保険者名	熊本市(国保)・全国健康保険協会　支部・後期 その他〔　〕	保険者番号　39431002

診療月	令和１年１２月	令和２年　１月	令和２年２月	令和２年３月	年　月	年　月
	年　月	年　月	年　月	年　月	年　月	年　月

診療月は必ずご記入をお願いします

※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～	課ア・課イ・課ウ・課エ・非オ
高齢受給者	
	高齢受給　在　・　不在
	老人世帯　単身　・　複数
	口座登録　有　・　無

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

成額	千	百	十	円

（　枚　円）

保険確認欄	国保（一般）□　社保□ 国保（高齢）□　後期□
受給資格者証記号・番号	

受付	年　月　日

医療機関番号	4	3								点数区分

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	診療月	公費番号	他公費負担額