

管轄圖

中央 東 西 南 北

原本	コピー

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

年 月 日

※太わく内を「記入ください。」

申 受 給 資 格 者 者	住 所	熊本市		
	氏 名		Tel	
窓 口 に 來 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	

提出した領収書等を基に、医療費助成金が計算されることに同意します。
支給される助成金は、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	大	平	年 月 日
		昭	令	
病院または薬局名				
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

【職員記入欄】

⇒ 該当なしの場合

①同じ加入医療保険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。	いる (社保のみ領収書添付)	いない	領収書の氏名記入欄
②同一保険世帯の70歳以上の方で、同じ診療月に医療費を払った方はいますか。	いる (社保のみ領収書添付)	いない	領収書の氏名記入欄

①課税状況 ※前年度分	課税 · 非課税 課税 · 非課税	②多数該当	有 · 無	受給資格者証 記号 · 番号								
③マル長高額	有 · 無	④口座登録	有 · 同時									
⑤付加給付金	有 · 無 · 制度無	←社保で“協会けんぽ”以外は要確認 確認結果を添付(HP印刷等)もしくは記載すること										
1カ月に1医療機関入院・外来別、薬局+处方元医療機関の医療費 24,600円(69歳以下)か8,000円(70歳以上)以上の場合:①~④必須 24,600円(69歳以下)か8,000円(70歳以上)未満の場合:③、④必須				医療機関番号	4	3						
助	百	十	万	千	百	十	円					