重度心身障がい者医療費助成申請書

重医

申請者記入欄 ※太線の枠内のみ記入してください。

令和　　年　　月　　日

鹿沼市長　宛

受給資格者　住所　鹿沼市
（申請者）
氏名
電話

受給資格者番号			加入保険	被保険者氏名									
				保険証記号番号									
受診者	氏名			保険者	番号								
	生年月日	年　月　日			名称								
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無						有・無							

（注）高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。

医療機関記入欄 ※太線の枠内のみ記入し、押印してください。
※点数の先頭には必ず＊マークを記入し、点数の合計も記入してください。

保険診療証明書

保険種類	国保・社保・後期高齢者	自己負担割合 1・2・3 割	特定疾病療養受療証の有無
診療年月	保険診療合計点数		有・無

年	月	入院日数	入院点数（後期高齢者・円）	外来点数（後期高齢者・円）	他法負担額	備考
合計						

令和　　年　　月　　日
医療機関等　所在地
名称
氏名　　印

助成内容	保険診療合計金額	一部負担額	控除額の内訳					医療費助成額
			他法負担額	高額療養費	附加給付額	その他	控除額計	
	円	円	円	円	円	円	円	円