様式第6号(第5条関係)

重度心身障害者医療費助成申請書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者記入欄 | | ※二重線の枠内に黒のボールペン等で記入し、署名又は記名押印してください。  ※記入の仕方は裏面をご覧ください。消えるボールペンでは記入しないでください。 | | | | |
| 年　　月　　日  　下野市長　様  受給資格者　住所　下野市  氏名  電話  　本申請にあたり、住民基本台帳情報並びに世帯員及び同一健康保険加入者の市町村民税課税状況等を閲覧することに同意します。 | | | | | | |
| 受給資格者証記号番号 | |  | 加入保険 | 被保険者氏名 | |  |
| 受診者 | 氏名 |  | 保険証記号番号 | |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 保険者名称 | |  |
| 一部負担金21,000円以上支払った家族の有無(裏面参照) | | | | | 有(※　　月診療)・無 | |

**領収書は、のりやテープで貼らないでください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関記入欄 | | | | | | ※医療機関等が記入押印してください(レセプト1件1行、点数欄は右詰とし空欄は線を引いてください)。  ※柔道整復師等(受領委任払い)は、点数欄に「円」を付けた保険診療合計金額で証明してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険診療証明書　　　　　　受診者氏名(　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険種類  国保・社保・後期高齢者医療 | | | | | | | | | | | | | 自己負担割合  1・2・3割 | | | | | | | | | | | 特定疾病療養受療証  有・無 | | | | | | | | | 限度額適用認定証等  A・B・C・低Ⅰ・低Ⅱ・多数 |
| 診療年月 | | | 保険診療合計点数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 他法負担点数  (法別番号) | | | | | | | 備考(自己負担額等) | |
| 年 | 月 | | 診療科等 | | | | | | 入院・外来 | | | | | | 日数 | | 点数 | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | 入・外 | | | | | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | (　　) |  | |
|  |  | |  | | | | | | 入・外 | | | | | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | (　　) |  | |
|  |  | |  | | | | | | 入・外 | | | | | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | (　　) |  | |
|  |  | |  | | | | | | 入・外 | | | | | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | (　　) |  | |
|  |  | |  | | | | | | 入・外 | | | | | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | (　　) |  | |
|  |  | |  | | | | | | 入・外 | | | | | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | (　　) |  | |
| 年　　月　　日  　　　　　　医療機関等コード | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医療機関等　所在地  名称  氏名　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |  | |  | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療科等 | 診療年月 | 保険診療合計点数① | 一部負担額② | 控除額の内訳(控除額計③) | | | | 控除後の額  ②－③ | 1割の額※  ①の1割 | 医療費助成額 |
| 他法負担額 | 高額療養費 | 附加給付額 | その他 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　※　受給資格者が65歳から74歳の場合に記入(保険種類が後期高齢者医療である場合を除く)。