

重度心身障害者医療費助成申請書

(記入例)

申請者記入欄

※二重線の枠内をご記入のうえ押印してください。

壬生町長 様		平成 年 月 日					
受給資格者 住所 壬生町							
(申請者) 氏名		⑩					
電話							
受給資格者証 記号番号	〇〇〇〇〇〇	加入 保 険	被保険者氏名	栃木 太郎			
受診者 氏名	栃木 太郎		保険証記号番号	〇〇〇〇〇〇〇			
受診者 生年月日	S〇年 〇月 〇日		保険者名称	〇〇健康保険組合			
振込先	〇〇〇 銀行 〇〇〇 農協 信用金庫						
	フリガナ	トチギ タロウ		預金種別	① 普通		2 当座
	口座名義	栃木 太郎		口座番号	〇	〇	〇
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無				有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>			

(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。

申請にあたっての注意事項

- 診療を受けた翌月10日以降に、申請者記入欄に記入してから領収書の添付又は医療機関に点数証明をもらって申請してください。
- 証明手数料は自己負担になります。(ただし、保険点数、負担割合、診療科目、入院・外来の別が明記されている医療領収書については、証明のかわりとなります。)
- 1カ月の医療費について、以下に示す高額療養費に係る自己負担月額の限度額を超えて支払ったときは、加入保険者から通知のある高額療養費決定(支払)書又はそのコピーを必ず添付してください。
〔高額療養費に係る自己負担月額の限度額〕
①非課税世帯 35,400円
②課税世帯
・世帯全ての被保険者の住民税基礎控除額を控除後の合計所得が600万円未満の場合 80,100円
・世帯全ての被保険者の住民税基礎控除額を控除後の合計所得が600万円以上の場合 150,000円
- 助成金の請求は、診療月から1年以内に申請してください。お手数でも保険証、資格証を確認して申請書にご記入ください。助成金の支払いは口座振込になります。
- 郵送での申請の場合、封筒に切手を貼り、ご自分の住所氏名を必ず記入して投函してください。