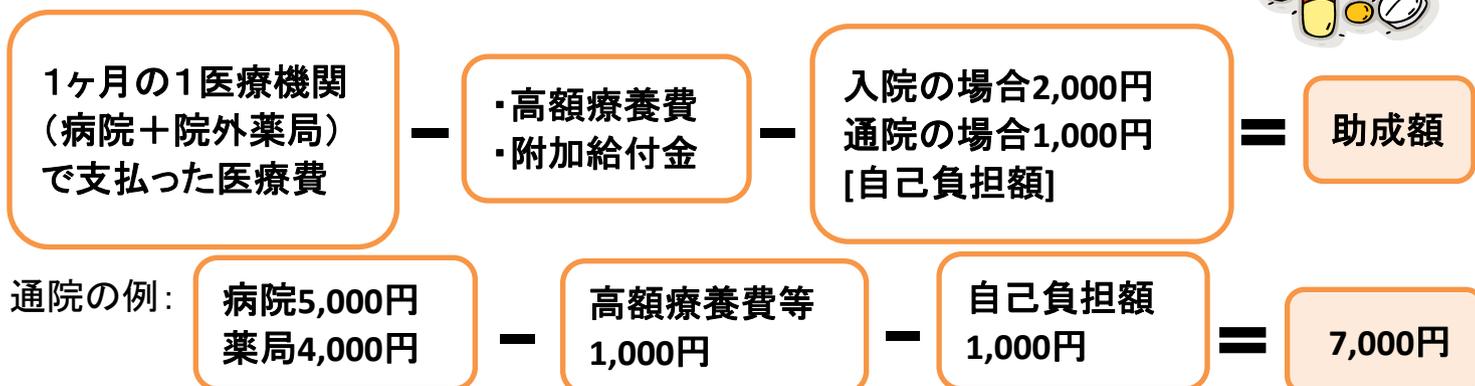


益城町重度心身障害者 医療費助成制度(重心医療)

1. 助成額



※ 高額療養費及び附加給付金は、加入している健康保険や加入者の年齢、所得区分等によって異なります。

2. 申請のしかた(償還払方式)

申請書を役場福祉課へ提出してください。
※申請書は、月別・病院別・入院外来別に分けてください。

加入保険() 年齢()

益城町長 様

申請者 住所 年 月 日
氏名 印
電話番号(- -)

下記のとおり、平成 年 月分医療費の助成を申請します。

申請者の記入欄	受給資格者氏名	生年月日	年 月 日	受給資格者番号	
当該月の他の世帯員を受診状況(高額療養費該当のみ)	氏名	医療機関	支払額	円	
	氏名	医療機関	支払額	円	
	氏名	医療機関	支払額	円	
医療機関等の記入欄	診療月	年 月 分	患者氏名		
	診療区分		1 入院 2 外来 3 歯科 4 その他		
	公費負担		有(法別番号)・無		
	診療日数	日	左記のとおり受領しました。		
	診療総点数	点	年 月 日		
	院外処方	有・無	医療機関番号		
	診療報酬一部負担金受領額(入院時食事療養費に係る定額負担金を除く)	円	所在地		
			名称		
			氏名		
			電話番号		
院外処方有りのとき	診療日数	日	左記のとおり受領しました。		
	診療総点数	点	年 月 日		
	院外処方回数	回	(薬局)医療機関番号		
	診療報酬一部負担金受領額	円	所在地		
		名称			
		氏名			
		電話番号			
町記入欄	一部負担金の額 ①	高額療養費の額 ②	附加給付額 ③	自己負担額 ④	助成額 ①-②+③+④
	円	円	円	円	円

保険種別と年齢を記入してください。

申請者は本人の氏名を記入、押印してください。(スタンプ式不可。)受給者番号は受給者資格証をご確認ください。

A 医療機関から発行された明細付きの領収証を添付する。

または

B 医療機関から1ヶ月ごとの医療費の証明を書いてもらう。(上段が病院、下段が院外薬局の証明欄です。)

AかBのどちらかの方法で申請

※おなじ月の診療分は取りまとめて提出してください。支払月ではなく診療月で計算します。

※申請期間は、診療の翌月から1年以内(1月診療は、2月から翌年1月まで申請できます)。1年を過ぎると受付できませんので、ご注意ください。