

記入例

		※		1	2	3	4	5	6
		保険区分		社 保	社 保	国 保	国 保・ 退職 者	国 保・ 退職 者	国 保組 合
※ 助成 内訳	保 険 計 診 療 額 円	控 除 額					交 付 決 定 額		
		社 会 保 険 等 公 費 負 担 分	社 会 保 険 等 公 費 負 担 分	社 会 保 険 等 公 費 負 担 分	社 会 保 険 等 公 費 負 担 分	社 会 保 険 等 公 費 負 担 分	計	円	円
<p>重度心身障害者医療費の助成申請書</p> <p>(宛先)富山市長 申請者 住所 <b>富山市新桜町7番38号</b></p> <p>氏名 <b>富山 一郎</b></p> <p>連絡先(TEL) <b>443 - 2102</b></p> <p>令和 3年 4月 1日</p> <p>受給権者本人の住所、氏名をご記入ください。</p> <p>受給権者本人が使用している「重度心身障害者等医療費受給資格証」により記入してください。</p> <p>次のとおり重度心身障害者医療費の助成を申請します。</p>									
受給資格番号		<b>0012345</b>		加入保険		被保険者証等の記号・番号		<b>15●-22▲</b>	
受給者	氏名	<b>富山 一郎</b>		保険種別		政・組・船・共		国	
	生年月日	<b>昭和53年 8月 1日</b>		保険者名		<b>富山市</b>			
<p>年 月分 保険診療領収書 (入院・手術)</p> <p>受給者名 保険診療費 点数</p> <p>公費負担額 円 一部負担額 円</p> <p>受給権者本人が使用している「健康保険証」により記入してください。</p> <p>上記のとおり領収しました。なお、上記金額には、保険診療以外は含まれていません。</p> <p>年 申請者の氏名を記入してください。</p> <p>なお、支給決定額は下記の口座へ振込させていただきます。</p> <p>氏名 <b>富山 一郎</b></p>									
フリガナ	<b>トヤマ イチロウ</b>	金融機関名	<b>立山銀行</b>		預金種類	当座・普通			
口座名義	<b>富山 一郎</b>	店名	<b>富山北支 店</b>		口座番号	<b>1234567</b>			

申請者名義の口座を記入してください。

注1 この用紙は、医療機関等に診療金額をいったん支払い、その後で市から助成を受ける場合に、(市立病院等)医療機関等から発行された領収書を添付してください。領収書がない場合は、この用紙を医療機関等に記入してもらってください。