

# 丸亀市市民福祉医療費助成申請書

丸亀市長殿

平成 年 月 日

医療の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 9 心身障害者医療(前期高齢) <input type="checkbox"/> 0 母子医療(前期高齢)							
受診者	医療証番号							
	住所	丸亀市 町					丁目	番 号
	氏名							番地
申請者氏名							(大正・昭和 年 月 日生)	
							印	

下記のとおり本人負担額を支払いましたので、助成金の申請をします。

記

## 診療報酬による本人負担額

《医療機関等記入欄》

保険の種類 国保〔一般・組合(本人・家族)〕

( 年 月分)

社保〔政(日)・組・船・共(本人・家族)〕

区 分	入 院				入 院 外			
診 療 報 酬 点 数				点				点
他 法 負 担 点 数				点				点
保険者負担点数(高額療養費除く)				点				点
診療報酬にかかる本人負担額	円				円			
入院開始年月日	年 月 日							
本月の入院継続日数	日							

証明年月日 平成 年 月 日

所在地及び名称・問い合わせ先等

医療機関コード

TEL (      ) -      印

本人負担額 A	高額療養費 B	附加給付額 C	助成決定額 E E = A - (B + C)