

丸亀市市民福祉医療費助成申請書

丸亀市長あて

令和 年 月 日

医療の種類	4 こども医療 5 心身障害者医療 6 ひとり親家庭等医療							
受診者	医療証番号							
	住所	丸亀市 町					丁目 番号 番地	
	氏名	昭和・平成・令和 年 月 日生)						
申請者氏名								

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》

(年 月分) 保険の種類 国保 {一般・退職・組合<本人・扶養>}
社保 {政(日)・組・船・共<本人・扶養>}

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
診療報酬にかかる負担額(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 令和 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)

こども医療の場合だけ記入してください

支払希望金融機関	金融機関名(金融機関コード)	支店名(店番)	口座番号	名義人(カタカナで記入)
	() 銀行 金庫 農協	() 支店 出張所		