

丸亀市市民福祉医療費助成申請書

丸亀市長宛

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			
	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》

保険の種類 国保 {一般・退職・組合(本人・扶養)}

(年 月分)

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

※押印または署名が必要です。

TEL () -

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		