

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	4 乳幼児医療			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 年 月 日生)							
申請者氏名	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・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 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

印

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)