様式第7号（第7条関係）

水俣市重度心身障害者医療費助成申請書

被保険者証等記号		被保険者証等番号			保険者負担割合	
保険者名					受給資格者番号	
被保険者氏名		重度心身者氏名		男 女	明治 大正 昭和 平成	年　月　日
領収書添付箇所						

上記のとおり一部負担金を支払いましたので助成金の申請をいたします。

令和　　年　　月　　日

住所　　水俣市

申請者氏名　　印

電話番号

水俣市長　様

※　後期高齢者医療制度以外の方で、入院等で1ヶ月の医療費が21，000円以上の方におたずねします。
同じ保険証をお使いの方（患者本人またはご家族）の中に、申請と同じ診療月に21，000円以上の医療費を支払った方がいらっしゃいますか。

1　いる　（領収書【写しでも可】添付）　　2　いない

（計算欄）
【（一部負担金+薬剤負担金）－（高額療養費額+付加給付額）－自己負担金＝助成額】

【助成額】