|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者記入欄 | | ※申請者記入欄のみ記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| (宛先)栃木市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　月　　日  受給資格者　　住所  (申請者) 　　 氏名  （自署しない場合は、記名押印してください。）  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者番号 | |  | 加入保険 | 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 受診者 | 氏名 |  | 被保険者個人番号 |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保険証記号番号 |  | | | | | | |  | | | | | |
| 生年月日 | Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日 | 保険者名称 |  | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | | ※振込先を変更される方、初めて申請される方は、通帳をお持ちください。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一部負担金２万１千円以上支払った家族の有無 | | | | | | | | 有・無 | | | | | | | | | |

注)　健康保険から高額療養費等医療費の支給がある場合には、当該支給決定通知書（コピー可）を添付してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関記入欄 | | |  | | | | | | |
| 保険診療証明書 | | | | | | | | | |
| 保険種類 | | 国保・社保 | | | 自己負担割合  １・２・３割 | | 特定疾病療養受療証の有無 　有　 無 | | |
| 診療年月 | | 保険診療合計点数 | | | | | | 一部負担額 | 備考 |
| 年 | 月 | 入院日数 | | 入院点数 | | 外来点数 | |
|  |  |  | |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  | |  |
| 上記のとおり領収いたしました。  　　　　　　　年　　月　　日 医療機関等　　所在地  名称  氏名  自署しない場合は、記名押印してください。  法人の場合は、記名押印してください。 | | | | | | | | |

* 領収書の原本が必要な場合は、コピーもあわせて提出してください。

　　一度お預かりした領収書はお返しできませんのでご注意ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成内容 | 年月 | 保険診療  合計金額 | 一部負担額 | 控除額の内訳 | | | 医　療　費  助　成　額 |
| 高額療養費 | 附加給付額 |  |
|  | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |