

重度心身障害者医療費支給申請書

領収書

(宛先)

上尾市長

上尾市重度心身障害者医療費支給条例施行規則第5条第1項の規定に基づき、次のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者	住所			受給資格者	受給資格証 記号番号								
	電話	— —			フリガナ								
	氏名	※受給資格者と同じ場合は記入不要			氏名								
		生年月日	2 大正		3 昭和	年		月		日	4 平成	5 令和	
記入欄	加入保険	保険証 記号番号	記号	番号	保険者番号	右づめで記入してください							
		フリガナ				保険者名称	・国保・健保・共済 ・協会けんぽ・国保組合 ・埼玉県後期高齢						
		被保険者・ 世帯主等の氏名	※受給資格者と同じ場合は記入不要										
※今回の申請額が21,000円以上の方へ この申請のほか、同じ月に、同じ健康保険証を使って、1か所の医療機関で医療費を21,000円以上支払った家族(本人含む)はいますか？					⇒	はい…①②を記入	いいえ…①に「なし」と記入						
						①氏名	②医療機関名						

注意 1 申請書は1か月分の診療ごと、1医療機関ごと、入院・外来ごとに1枚ご記入ください。
 2 保険者からの給付(高額療養費・附加給付)を受けている場合、支給決定通知書を添付してください。

▼ここから下は、領収書を紛失した場合などに医療機関に記入してもらおう欄です。申請者の記入は不要です。

《領収書(医療証明書)》 (保険外の費用は記入の対象外)										特記事項(該当するものに○) 特定疾病(マル長) 難病(新・既) 自立(精神 更生) 小慢(新・既) 他()				
診療年月	4平成 5令和			年			月	分						
入院・外来 別実日数	入院			日	外来			日						
保険診療総点数 (総金額)									点 (円)					
うち公費分 点数(金額)									点 (円)					
保険診療一部負担金 (領収額合計)									円					
うち公費分 一部負担金									円					
入院時食事・生活療養 標準負担額(領収額)									円					
内訳	※食事療養 標準負担額	単価	一般				低II	低II(91日~)	低I	×		食		
			460円	360円	260円	210円	160円	100円						
	生活療養 標準負担額	食費 (単価)	※ 該当する単価を○で囲む											
単価を記入 円														
	居住費	単価を記入 円												
令和 年 月 日										(医療機関) 所在地				
患者氏名 様										名称 (氏名) 印				
県コード 診療区分 医療機関コード(7桁)										・総合病院の場合診療科 科				
										電話番号				

証明	課税	1一般	多数該当	高額療養費	附加金額
1証明		2上位			
2委任		3非課税	1多数 該当		
相殺(戻入)				支給額	

をホチキスで添付。(のり・テープは不可)