

# 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

受給者 提出者	住所			受給者	受給者番号				
	電話	-	-		フリガナ				
	氏名	※受給者と同じ場合は記入不要			氏名				
	加入医療保険				生年月日	2 大正 3 昭和	年	月	日
記入欄	加入医療保険	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		

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う欄です。受給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○)						
診療年月	4平成 5令和	年	月	日	特定疾病(マル長) 難病(新・既) 自立(精神 更生) 小慢(新・既) 他( )						
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)	←訪問看護・柔道整復・マッサージ等の場合は、保険診療総額(医療費の10割)を記入し、「円」を○で囲む					
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	←難病法の経過措置等で食事療養費が1/2負担の場合、上記「特記事項」で難病(既)または小慢(新)を○で囲む					
内訳	※食事療養 標準負担額	単価	一般		低II	低II(91日~)	低I	×	食		
	生活療養 標準負担額	食費 (単価)	460円	360円	260円	210円	160円			×	食
			単価を記入		※ 該当する単価を○で囲む						
		居住費	単価を記入							×	

令和 年 月 日

(医療機関)

患者氏名 様

所在地

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

電話番号

科

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