

領収書（患者名・診療年月・領収日・保険点数・保険診療
額・医療機関名・領収印が記載されたもの）をホチキスで添付。（のり・テープは不可）

提出者の
住所、電話番号、
氏名を記入

重度心身障害

記入例

重度心身障害者医療費受給資格証を
見て記入

支給条例施行規則第5条第1項の規定に基づき申請します。 令和 4 年 10 月 1 日

尾市本町三丁目1番1号

受給者記入欄

受給者	受給者番号	1 2 3 4 5 6 7
	フリガナ	あげお たるう
出	電話	048 - 775 - 5123
	氏名	上尾 一郎
加入医療保険	保険証記号番号	10 12345
	被保険者・世帯主等の氏名	上尾 一郎
受給者	生年月日	2大正 3昭和 4平成 5令和 3 3 0 7 1 5
	保険者番号	右づめで記入してください 1 1 0 1 9 7
※今回の申請額が1,000円以上の方へ この申請のほか、同じ健康保険証を使って、1か所の医療機関で医療費20,000円以上支払った家族（本人含む）はありますか？	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
保険者名称		上尾市 ・国保・健保・共済 ・協会けんぽ・国保組合 ・埼玉県後期高齢

健康保険証を見て記入

と、1医療機関ごと、入院・外来ご記入ください。
（療養費・附加給付）を受けている場合は、決定通知書を添付してください。

▼ここからは、領収書を紛失した場合などに医療機関から提出してください。申請者の記入は不要です

《領収書（医療証明書）

今回の申請額（入院時食事代を除く）が21,000円以上の場合、記入
○同じ月に、同じ保険証に加入している人（受給資格者本人含む）が、
他の医療機関で21,000円以上の医療費を支払っている場合
⇒①氏名 ②医療機関名 を記入

診療年月	4平成 5令和				
入院・外来別実日数	入院				
保険診療総点数（総金額）					
うち公費分点数（金額）					
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		
※食事療養標準負担額	単価	※1 460円 ※2 360円 ※3 260円	210円 160円 100円		
内訳	生活療養標準負担額	食費（単価）	単価を記入 円	×	食
		居住費	該当するときに○ 370円	×	食 日

記入不要

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