

(後期高齢者医療)

申請者記入欄

障 重度心身障害者医療費支給申請書

令和 年 月 日

(あて先) 本庄市長

住 所

氏 名

電 話 ()

下記のとおり医療費を申請します。

受 給 者	氏 名	大正・昭和 年 月 日生
	受給者番号	

(注) 上部申請書欄は、申請者が必ず記入してください。

医療機関記入欄

領収書	入 院	年 月分	保険診療一部負担金	日 数	日		
				総 点 数	点		
				負担金の額	円		
	外 来	年 月分	保険診療一部負担金	日 数	日		
				総 点 数	点		
				負担金の額	円		
合 計					円		
医療機関名 電話連絡先		県コード		医療機関コード			
				1			

(注) 1 上部領収書欄は、医療機関等で記入してください。(領収書を一緒に提出する場合は記入不要です。)

2 上部領収書欄は、領収書の貼付け欄ではありません。

3 食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は、支給対象外です。

処 理 欄	診療一部負担金	高額療養費	付加給付額	支給決定額	加入保険	領収書枚数	種類別
	円	円	円	円	7		1 証明 2 領収書