

## 申請者記入欄

## (捺印) 重度心身障害者医療費支給申請書(精神通院医療費)

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	受給者番号							加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者氏名			
	自立支援医療受給者番号								記号・番号			
	フリガナ								名 称	健保・国保・共済協会けんぽ		
	氏名											
生年月日	年 月 日											

(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

外来

調剤

￥

ただし、 年 月 分 保険診療一部負担金

保険診療総点数	点	内 自立支援医療適用の診療分 A	点	
		内 その他の診療分(内科等) B	点	

上記A欄の点数の内、自立支援医療(公費21)の負担分点数	点
------------------------------	---

県コード	医療機関コード

年 月 日

医療機関等名称・電話連絡先

様

印

(注)1 上部領収書欄は、医療機関等で記入してください。(領収書と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。

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		
	円	円	円	円		
				加入保険	領収書枚数	書類別
				1 証明	2 領収書	