

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	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	
	フリガナ	-----		記号番号	
	氏名			名称	健保・国保・共済協会けんぽ
	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

入院 日	外来 日
------	------

¥ _____

ただし、 年 月分保険診療一部負担金(他法本人負担金 円含む。)

食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は含まない。

保険診療総点数	点	他法負担分点数	点
---------	---	---------	---

食事療養標準負担額

¥ _____ (算定数 食)

※H27.4～H31.3診療分は中学生までが対象です。
H31.4～診療分は18歳年度末までが対象です。

県コード		医療機関コード							
	1								

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 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

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		
	食事療養標準負担額	市町村民税非課税	(非課税で90日超)	加入保険	領収書枚数	書類別
	460円 × 食 = 円	210円 × 食 = 円	160円 × 食 = 円			1 証明 2 領収書