

障 重 度 心 身 障 害 者 医 療 費 支 給 申 請 書

申 請 者 記 入 欄

請求日付 5 令和 年 月 日

熊谷市長 宛

申請者 住所 熊谷市 氏名 (電話 - - )

償還方式 1

受給者番号 フリガナ 氏名 生年月日 3 昭和 4 平成 5 令和 年 月 日 生 加入医療保険 保険者番号 世帯主・被保険者組合員の氏名 記号番号 名称

私が申請する医療費助成金は、資格登録申請書に登録されている口座に振り込むよう依頼します。

医 療 機 関 記 入 欄

領 収 書

診療年月 入院 外来 診実日 療数 県コード 医療機関コード 診療科目 1 内科 2 外科 3 小児科 4 整形外科 5 泌尿器科 6 歯科 7 眼科 8 耳鼻科 9 婦人科 10 その他

(注) 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。

(注) 入院の場合は、下記事項も必ず証明してください。

入院時食事療養標準負担額 円 算定回数 回

令和 年 月 日

医療機関 所在地 名称 (電話) 氏名

- (注) 1 機械で処理を行いますので、数字項目は必ず右づめで記入をお願いします。 2 点数で記入できない場合は、金額で記入してください。(この場合は、必ず円に〇) 3 他法負担点数欄は、公費負担で支払われる額を記入してください。 4 総合病院の場合は、必ず診療科目を記入してください。

※ 処 理 欄

Table with 8 columns: 継続療養, 診療区分, 療養区分, 証明区分, 公費区分, 計算区分, 処理No., 住民税の状況

高額療養費支給決定額 円 家族療養附加給付金支給決定額 円

※印欄は、記入しないでください。