

障 重度心身障害者医療費支給申請書

受付印

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

(注) 本市に提出している資格登録申請書に登録されている口座の口座名義人が申請者と同一である場合は、氏名欄への押印を省略することができます。

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。

領 収 書

医療機関記入欄

診療年月 年 月	入院	外来	診療 実日数	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 精神科 11 その他 { }
	1	2	日			
保険診療総点数					点・円	
他方負担分点数					点	
保険診療一部負担金					円	

(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

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、数字項目は必ず右詰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○を付すこと)。
- 3 他方負担分点数欄は、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	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	
	1	2	1	2	3	4	11	12	13	1	2	10	20	30	40	50	60	70	99	1	2	3			4
	未	使	医	歯	調	そ	装	看	そ	証	レ	結	精	更	育	養	療	特	そ	1	2	3	強		
	用	用	科	科	剤	他	具	護	他	明	シ	核	神	生	成	育	育	定	他	割	割	割	制		

支払 年 月 日 通知 年 月 日

高額療養費支給決定額 円
家族療養付加給付金支給決定額 円

※ 印欄は、記入しないでください。