

記 入 例

国保・社保

この用紙は国民健康保険、社会保険ご加入の方用です。
用紙は本庁舎障がい者福祉課または各総合支所市民福祉健康課窓口で配布しています。

重度心身障害者医療費支給申請書

提出する日を記入してください。
●●年●●月●●日

加須市長 様

入院・外来・調剤のいずれかをご記入
ください。

住所 加須市三俣2-1-1

氏名 加須 太郎

(電話 0480-62-1111)

次のとおり、加須市重度心身障害者医療費支給に関する条例第8条第1項の規定により申請します。また、高額療養費等の給付を控除することを承諾し、決定された支給額について請求します。

入院・外来・調剤の別	診療科	科				
一部 内	給付の額	□				
オレンジ色（または水色）の受給者証の上部に記載されている受給者証の記号番号（7桁）をご記入ください。		国保の方は世帯主、その他の保険の方は被保険者（組合員、加入者）をご記入ください。				
受給者	受給者証番号	0000000	加入医療保険	世帯主・被保険者（組合員）氏名	加須 一郎	
	ふりがな氏名	かぞ たろう 加須 太郎		被保険者証記号番号	加00 0000	国 社 1 2
	生年月日	S00. 00. 00	名称	全国健康保険協会00支部		

保険者の名称を記入してください。

- ・ 国民健康保険：加須市
- ・ 社会保険：全国健康保険協会00支部、00保険組合等

¥ _____ 日

ただし、 _____ 年 _____ 月分の保険診療一部負担金（他法本人負担額 _____ 円を含む。）
入院時食事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
-----------------	-----------------

¥ _____ (算定回数 _____ 回)

ただし、入院時食事療養標準負担額 _____
年 _____ 月 _____ 日
様

医療機関で証明を受ける場合は医療機関の押印が必要となります。

医療機関等所在地（住所）
名称 _____
氏名 _____

印

- 注 1 上部申請書欄は、申請者が記入してください。
2 下部領収書欄は、医療機関等が記入してください。
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。

高額療養費	付加給付	償還 現物	証拠コード			科 目 コ ー ド					医 療 機 関 等 コ ー ド						
			証	レ	外	医	歯	調	柔	補	訪	他					
		1	1	2	3	1	2	3	6	7	8	9					