国保・社保

様式第５号（第５条関係）

重度心身障害者医療費支給申請書

年　　月　　日

加須市長　様

住所

氏名

（電話　　）

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

一部負担金の額　円	付加給付の額	円	支給申請額	円
内訳　保険診療　円				
入院時の食事標準負担金　円	高額療養費の額	円		
その他　円				

受給者	受給者証番号		加入医療保険	世帯主・被保険者（組合員）氏名		
	ふりがな 氏名			被保険者証記号番号		国 1　社 2
	生年月日			名称		

1　入院　　日	2　外来　　日

領　　収　　書

￥

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

医療機関等所在地（住所）

名称

氏名　　㊞

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	