記　入　例

後期医療

この用紙は後期高齢者医療制度ご加入の方用です。
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
（後期高齢者医療制度加入者用）

提出する日を記入してください。
●●年●●月●●日

加須市長　　様

住　所　　加須市三俣２－１－１

氏　名　　加須　太郎
（電話　０４８０－６２－１１１１）

医療機関名（〇〇病院、〇〇クリニック）、薬局名をご記入ください。

次のとおり、加須市重度心身障[illegible]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[illegible]とを承諾し、決定された支給額について請求します。

医療機関等名		〇〇病院 （〇〇薬局〇〇店）　㊞	入院の場合は1に〇 入	1	外来の場合は2に〇 外	2
医療機関で証明を受ける場合のみ、医療機関の押印が必要となります。						
支給申請額（本人負担額）	入院	年　月　日分	保険診療一部負担金　円 （入院時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。）			
	外来	●●年　●●月分	保険診療一部負担金 ●，●●●　円			
	合計		●，●●●　円			
受給者	氏名	加須　太郎				
	受給者証番号	〇〇〇〇〇〇〇				

オレンジ色の受給者証の上部に記載されている「受給者証記号番号」（7桁）をご記入ください。

注　この申請書[illegible]齢者医療制度加入者に係る医療費を申請する場合に記入してください。

この太枠内を医療機関に記入してもらった場合は、領収書の添付は必要ありません。
ご自身で記入された場合は、領収書を添付してください。

	1	1	2	3	1	2	3	6	7	8	9										

決裁	認定者	課長		担当	受付	年　月　日
					支給	年　月　日