記　入　例

精神通院

この用紙は精神２級（精神通院）用です。
用紙は本庁舎障がい者福祉課または各総合支所福祉健康担当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（精神通院医療費）

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　　）

次の　　者医療費　　項の規定により申請します。ま
た、高額療養費等の給付　　することを承諾し、決定された支給　　ついて請求します。

外来・調剤のいずれかをご記入ください。

自立支援医療受給者証をご参照ください。

クリーム色の受給者証の上部に記載されている受給者証番号（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。

外来・調剤の別			自立支援医療受給者番号		
一部負担金			の額	円	
内訳			費		
その他					

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	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	○○○○
	生年月日	S○○．○○．○○		名称	全国健康保険協会○○支部

国	社	後
1	2	3

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○○支部、○○保険組合等
- 後期高齢者医療保険：埼玉県後期高齢者医療広域連合

日

¥
ただし、　　年　　月分の保険

保険診療総点数	点		点
		内　その他の診療分（内科等）　B	点

上記　A欄　の点数の内、 自立支援医療（公費２１）の負担分点数	点

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。

年　　月　　日
様

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。

高額療養費	付加給付	償還	証拠コード			科目コード							医療機関等コード
		現物	証	レ	外	医	歯	調	柔	補	訪	他	
		1	1	2	3	1	2	3	6	7	8	9	