

※ 70歳未満の方は診療月ごと、医療機関・薬局ごと、入院・外来ごとに、70歳以上の方は診療月ごとに申請書を提出してください。

重度心身障害者医療費支給申請書

令和 年 月 日

和光市長 様

住 所
氏 名

電 話 ()

下記のとおり、和光市重度心身障害者医療費支給に関する条例第8条第1項の規定に基づき請求いたします。

受 給 者	受 給 者 番 号		加 入 医 療 保 険	世帯主・被保険者 組合員・加入者の氏名	
	ふ り が な 氏 名			記 号 番 号	
	生 年 月 日	年 月 日		名 称	

注 上部申請書欄は、申請者が記入してください。

		入 院 日	外 来 日
--	--	--------------	--------------

領 収 書

¥ _____

ただし、 年 月分保険診療一部負担金(他法本人負担金 円含む)
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。

保険診療点数 点	他法負担分点数 点
---------------	----------------

年 月 日
_____ 様

医療機関等所在地(住所)
名 称
氏 名 印

注 上部領収書欄は、医療機関等で証明を受けるか、領収書を添付してください。
他法負担分点数は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

市 処 理 欄	保 険		国	国 組	社 本	社 家	後 期	高 齢 受 給 者	
	所得区分		一般	現役並み	低所得者Ⅱ	低所得者Ⅰ	一般(Ⅰ・Ⅱ)		
	附加給付		自己負担額から		円削除		円未満不支給		円未満切捨
	一部負担金の額		円		高額療養費		附加給付		支給額
	内 訳	保険診療	円		円	円	円		
		その他	円				円		