

※ 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 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。 円含む)						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">保険診療点数</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">点</td> <td style="width: 40%;">他法負担分点数</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">点</td> </tr> </table>			保険診療点数	点	他法負担分点数	点
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					
	その他			円			円