

*お届け出済みの振込口座や加入医療保険等に変更がある場合は申し出てください。

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

深谷市長 あて

記入例

申請者	住所	深谷市仲町11-1
	氏名	深谷 太郎
	電話番号	048(571)1211

次のとおり医療費を申請します。

*重度心身障害者医療費支給決定に必要なため、あなたの市民税課税の状況について、深谷市税務部市民税課で管理する課税台帳から収集します。

受給者	受給者番号	3500001	加入医療保険	世帯主・被保険者の氏名	深谷 一郎
	ふりがな	ふかや たろう		記号と番号	12345
	氏名	深谷 太郎		保険者名	深谷市 健保・ 国保 ・共済 国保組合・後期医療 全国健康保険協会 _____ 支部
	生年月日	明治 大正 昭和 平成 11年 1月 1日		保険者番号	

領収書

入院 日 外来 日

円
ただし、年 月分保険診療一部負担金(他法本人負担額 円含む)
(食事療養標準負担額及び生活療養負担額は含まない。)

保険診療総点数	点	他法負担分点数	点
---------	---	---------	---

食事療養標準負担額 円 [260円× 食
210円× 食
160円× 食] 生活療養標準負担額 円 [320円× 日]

年 月 日 医療機関等所在地
(住所)

様 氏 名 称 氏 名 ⑧

(注) 他法負担分点数欄は、結核予防法等公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

市記入欄	保険診療一部負担金	高額療養費	附加給付	支給総額	
	円	円	円		
	入院時食事療養標準負担額	円× 食=	円	円	
	県内医	県内歯	県内調	県内他	コード
県外医	県外歯	県外調	県外他		

*医療機関ごとにひと月分(1日~末日)をまとめてご申請くださいますようお願いいたします。

*お届け出済みの振込口座や加入医療保険等に変更がある場合は申し出てください。

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

深谷市長 あて

申請者	住所	深谷市
	氏名	
	電話番号	

次のとおり医療費を申請します。

*重度心身障害者医療費支給決定に必要なため、あなたの市民税課税の状況について、深谷市税務部市民税課で管理する課税台帳から収集します。

受給者	受給者番号		加入医療保険	世帯主・被保険者の氏名	
	ふりがな			記号と番号	
	氏名			保険者名	健保・国保・共済 国保組合・後期医療 全国健康保険協会 _____ 支部
	生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日		保険者番号	

領 収 書

入院 日 外来 日

円

ただし、年 月分保険診療一部負担金(他法本人負担額 円含む)
(食事療養標準負担額及び生活療養負担額は含まない。)

保険診療総点数	点	他法負担分点数	点
---------	---	---------	---

食事療養標準負担額 円 [260円× 食
210円× 食
160円× 食] 生活療養標準負担額 円 [320円× 日]

年 月 日 医療機関等所在地
(住所)

様 氏 名 称 氏 名 ⑧

(注) 他法負担分点数欄は、結核予防法等公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

市記入欄	保険診療一部負担金	高額療養費	附加給付	支給総額	
	円	円	円		
	入院時食事療養標準負担額	円× 食=	円	円	
	県内医	県内歯	県内調	県内他	コード
県外医	県外歯	県外調	県外他		

*医療機関ごとにひと月分(1日～末日)をまとめてご申請くださいますようお願いいたします。