

重度心身障害者医療費支給申請書

年 月 日

深谷市長 宛て

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。

受給者	受給者証 記号番号		加入 医療 保険	世帯主・被保険者・ 組合員・加入者氏名	
	ふりがな			記 号 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	大正 昭和 平成 令和 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 _____円を含む)
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。

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

_____年 _____月 _____日 医療機関等所在地 (住所)

_____様 名 称 _____氏 名 ⑩

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

市 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	_____ 円		
	県内医	県内歯	県内調	県内他	コード	診療科
	県外医	県外歯	県外調	県外他		