

重度心身障害者医療費支給申請書

年 月 日

深谷市長 宛て

記入例

次のとおり医療費を申請します。

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

受給者	受給者証 記 号 番 号	3500001	加入 医 療 保 険	世帯主・被保険者・ 組合員・加入者氏名	深谷 一郎
	ふりがな	ふかや たろう		記 号 番 号	12345
	氏 名	深谷 太郎		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 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

印

(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				