

(後期高齢者医療該当者用)

※申請者記入欄

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> ④ 重度心身障害者医療費支給申請書 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 年 月 日 </div>															
神川町長様	住所 氏名 電話 ()														
下記のとおり医療費を申請します。															
受給者	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">氏名</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">生年月日</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">大正昭和</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">年</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">月</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">日</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">受給者番号</td> <td colspan="6"></td> </tr> </table>	氏名		生年月日	大正昭和	年	月	日	受給者番号						
氏名		生年月日	大正昭和	年	月	日									
受給者番号															

医療機関記入欄

助成請求金額	入院	年 月 分 (入院日数 日)	保険診療一部負担金	円																				
		(食事療養費算定数 食)	食事療養標準負担額	円																				
	外来	年 月 分	保険診療一部負担金	円																				
	診療科	1. 精神科 2. その他																						
	その他				円																			
	合計				円																			
医療機関名			県コード 診療区分	医療機関コード																				
			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										

(注) この請求書は、後期高齢者医療制度加入者にかかる医療費を請求する場合に記入して下さい。

処理欄	診療一部負担金	薬剤又は療養費	高額療養費	附加給付額		支給決定額	
	円	円	円	円		円	
	入院時食事療養標準負担額	市町村民税非課税	(非課税で入院4ヶ月以降)	加入保険	領収書枚数	書類等	
	円 × 食 = 円	円 × 食 = 円	円 × 食 = 円	4		1・証明 2・領収書	