

申請者記入欄



重度心身障害者医療費支給申請書

年 月 日

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	受給者証 記号番号		加入 保険等	世帯主・被保険者・ 組合員・加入者の氏名	
	ふりがな			記号・番号	
	氏名			名称	健保・国保・共済 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			

(注) 上部申請書欄は、申請者が記入してください。

医療機関記入欄

領収書

入院 日	外来
1. 精神科	2. その他

¥

ただし、年 月分の保険診療一部負担金(他法本人負担金 円含む)

外来薬剤一部負担金並びに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
---------	---	---------	---

入院時食事療養標準負担額

¥ (算定数 食)

県コード	診療 区分	医療機関コード					

医療機関等所在地(住所)

年 月 日

名称  
氏名

様

(注) 1. 上部領収書欄は、医療機関等で記入してください。  
2. 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。

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	支払決定額
	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		1・証明 2・領収書