

申請者記入欄

障

重度心身障害者医療費支給申請書

平成 年 月 日

上里町長様

住所 上里町大字

氏名

電話 ()

下記のとおり上里町重度心身障害者医療費支給に関する条例第 8 条第 1 項の規定に基づき請求します。

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	昭和・平成 年 月 日			

(注) 上記申請書欄は、申請者が必ず記入して下さい。

医療機関記入欄

領収書		入院 日	外来 日												
¥ _____ ただし、平成 年 月分保険診療一部負担金 (他法本人負担金 _____ 円含む) 入院時食事療養標準負担額及び外来薬剤費一部負担金は含まない															
保険診療総点数	_____ 点	他法負担分点数 (結核予防法等)	_____ 点												
¥ _____ (算定回数 _____ 回)		<table border="1"> <tr> <th>県コード</th> <th>点数表</th> <th colspan="4">医療機関コード</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		県コード	点数表	医療機関コード									
県コード	点数表	医療機関コード													
ただし、入院時食事療養標準負担額 _____															
平成 年 月 日		医療機関所在地(住所)													
様		名称													
		氏名													
		印													

(注) 1. 上部領収書欄は、医療機関等で記入して下さい。
 2. 他方負担分点数欄は、結核予防法等公費で支払われる額を点数で記入して下さい。
 3. 点数で記入できない場合は、保険診療総点数の欄に 10 割分の金額で記入してください。
 (この場合必ず円と記入すること。)

処理欄	診療一部負担金	薬剤又は療養費	高額療養費	付加給付額	支給決定額
	_____ 円				
	入院時食事療養標準負担額	市町村民税非課税	市町村民税非課税 (90日超)	市町村民税非課税	加入保険 種類別
	260円 × 食 = _____ 円	210円 × 食 = _____ 円	160円 × 食 = _____ 円	100円 × 食 = _____ 円	領収書枚数 1. 証明 2. 領収書