

申請者記入欄

(障) 重度心身障害者医療費支給申請書

令和 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
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		名称	全国健康保険協会 支部

(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、 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
---------	---	---------------------	---

県コード	点数表	医療機関コード					

¥ \_\_\_\_\_ (算定回数 回)

ただし、入院時食事療養標準負担額

令和 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. 他法負担分点数欄は、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。

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	円	円	円	円	
	入院時食事療養標準負担額	市町村民税非課税Ⅱ	市町村民税非課税Ⅱ (90日超)	市町村民税非課税Ⅰ	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