

重度心身障がい者医療費支給申請書

(申請先) _____ 年 月 日
 新座市長
 (障がい者福祉課) 申請者 住所 新座市 _____ 丁目 番 号
 氏名 _____
 電話 (_____) _____

条例第9条第1項の規定により、次のとおり申請します。

計	円		円	円
内訳	一部負担金の額	円	付加給付の額 高額療養費の額	助成請求額
	入院時食事標準負担額	円		
	その他	円		

受給者	受給者証番号		加入医療保険	被保険者・組合員氏名	
	フリガナ氏名			記号・番号	
	生年月日	年 月 日		名称	

領 収 書

入院 日 _____ 外来 日 _____

¥ _____

ただし、_____年 _____月分の保険診療一部負担金（他法本人負担額 _____円を含む。）
 入院時食事療養費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(結核予防法等) _____ 点
-----------------	-------------------------

診療科 _____ 科

¥ _____ (食事療養費算定回数 _____ 回)

ただし、入院時食事療養費標準負担額 ※注3

_____年 _____月 _____日

(受診者氏名) _____ 医療機関等所在地 _____
 _____様 名称 _____ 氏名 _____

↑領収書はこちらにホチキスで留めてください。

※太枠内を御記入ください。また、登録内容が変わったとき(保険証については記号番号等の内容変更含む)は、別途届出が必要です。

注 1 領収書欄は、医療機関等が医療保険の保険診療一部負担金について証明する欄です。領収書を紛失したときなど領収書を添付できない場合、医療機関等に証明を依頼するときに使用してください。
 2 領収書欄の他法負担分点数は、結核予防法等公費負担で支払われる額を点数で記入してください。
 3 入院時食事療養費標準負担額の助成は、令和3年4月診療分から廃止となりました。