

記入例

医療機関ごと・月ごと・入院外来ごとにまとめて申請してください。

表面

様式第3号 (第5条関係)

※裏面も申請書として使用できます。

申請者記入欄

日高市重度心身障害者医療費支給申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(あて先) 日高市長

受給者本人またはその保護者

申請者 住所 日高市 大字南平沢1020番地

氏名 日高 栗太

(電話番号) 989-2111

健康保険証の筆頭者

加入医療保険 世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名 日高 太郎

記号・番号 02・0001

〇〇〇〇保険

受給者証記号番号 0300000

氏名 日高 栗太

生年月日 昭和45年1月1日

提出する日を記入。

保険証(例)

●●●●●●●●●● 保険被保険者証

有効期限 〇〇年〇〇月〇〇日

記号 02 番号 0001

氏名 日高 栗太

生年月日 昭和35年1月1日 性別 男

資格取得年月日 平成34年10月1日

交付年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日

住所 埼玉県日高市大字南平沢1020番地

世帯主氏名 日高 太郎

保険者番号 ●●●●●●●● 保険者名 ●●●●●●●●

健康保険の名称(会社名ではありません。)

重度心身障害者医療費受給者証

様式第2号(第4条関係) 国保 県内現物

日高市重度心身障害者医療費受給者証

公費負担者番号 8 2 1 1 0 4 7 9

受給者番号 0300000

氏名 日高 栗太

住所 日高市大字南平沢1020番地

生年月日 昭和45年1月1日

食事療養費 助成対象外

有効期間 令和6年4月1日 から 令和6年9月30日 まで

現物給付対象医療機関 埼玉県内の現物給付を行う保険医療機関等

現物給付限度額 限度額なし

その他特記事項 マル長(特定疾病療養)に係る一部負担金は現物給付対象外

令和6年4月1日 埼玉県日高市長 印

7ケタの番号

添付書類のりしろ

領収書 ※全面を貼らず、左端のみにのりづけしてください！ (ホッチキス、セロテープ、クリップは使用しないでください。)

★医療機関の証明 または ★医療機関の発行する領収書を添付 (のりは左端のみに貼ってください。)

※下記のものわかる領収書

- 受診者名 ●診療月 ●保険診療総点数
- 支払額 ●発行日 ●発行者名(医療機関等)

【注意】 保険対象外のものは申請できません。

例：健康診断、人間ドック、予防接種の費用、文書料、おむつ代、差額ベッド代 など

いずれかに○をつけてください。

受診者氏名	診療年月	診療(入院)実日数	保険診療総点数	他法負担分点数	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。ただし、点数で記入できない場合は、金額で記入してください。(この場合は、必ず円と記入してください。)
区 分 外 来 入 院					
医療機関					
等					
記入欄					

(注) 1 レセプトごとに記入してください。

2 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。ただし、点数で記入できない場合は、金額で記入してください。(この場合は、必ず円と記入してください。)

保険診療一部負担金	高額療養費	附加給付	支給額	高額有・無
円	円	円	円	公費 特 醫 自 更

※ 保険対象自己負担額の合計金額が21,000円を超えた場合に該当するものに○を記入してください。診療同月内にご家族様の中に1医療機関で21,000円以上の支払いがありましたか。 1. あります。 2. ありません。

事項をお読みください。)