



日高市重度心身障害者医療費支給申請書

令和 年 月 日

(あて先) 日高市長

住 所 日高市

申請者 氏 名

電話番号 ー

申
請
者
記
入
欄

下記のとおり医療費の支給を申請します。

受 給 者	受給者証 受給者番号		医 療 保 険	世帯主・被保険者・組合 員・加入者の氏名	
	氏 名			記 号・番 号	
	生年月日	年 月 日		名 称	

医
療
機
関
等
記
入
欄

受診者氏名		診療年月	年	月
区 分	外 来	入 院		
診療(入院)実日数	/		日	日
保険診療総点数			点	点
他法負担分点数			点	点
保険診療一部負担金 (入院時食事療養標準負担額を除く。)			円	円

※ 数字は右づめで、金額の頭には必ず¥を記入してください。

上記のとおり診療し、自己負担額を領収しました。(コードは必ず記入してください)

年 月 日

医療機関コード

Code input box

所 在 地

名 称

医療機関等

氏 名

印

電 話 番 号 ()

(注) 1 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、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・腎・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番号を○で囲ってください。

診療同月内に、同一世帯において、1医療機関等で21,000円以上の支払いがありましたか。 1. 有 2. 無



日高市重度心身障害者医療費支給申請書

申請者記入欄

(あて先) 日高市長

令和 年 月 日

住所 日高市 * * * *

申請者氏名 * * * *

電話番号 * * * *

下記のとおり医療費の支給を申請します。

受給者	受給者証 受給者番号	* * * *	医療 保 険	世帯主・被保険者・組合 員・加入者の氏名	* * * *
	氏名	* * * *		記号・番号	* * * *
	生年月日	* * * *		名称	* * * *

医療 機 関 等 記 入 欄	受診者氏名					診療年月	年	月
	区分	外	来	入	院			
	診療(入院)実日数	/			日	/		
	保険診療総点数				点			
	他法負担分点数				点			
	保険診療一部負担金 (入院時食事療養標準負担額を除く。)				円			
<p style="text-align: center;">※ 数字は右づめで、金額の頭には必ず¥を記入してください。</p> <p>上記のとおり診療し、自己負担額を領収しました。(コードは必ず記入してください)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関コード <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医療機関等 名称</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p> <p style="text-align: center;">電話番号 ()</p>								

(注) 1 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、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・腎・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番号を○で囲ってください。

診療同月内に、同一世帯において、1医療機関等で21,000円以上の支払いがありましたか。 1. 有 2. 無