

第4号様式(第5条関係)

処理欄

国・社・全・他／前

重度心身障がい者医療費請求書

年 月 日

志木市長 様

住 所
氏 名
電話番号

印

次のとおり、請求します。

なお、健康保険組合等に診療報酬及び療養費等の給付状況を確認することに同意します。

他の助成制度の有無 ①他法的助成制度による給付あり…難病(54)・更生(15)・精神(21)・他()・なし
(○をつけてください) ②保険制度による給付 限度額・特定疾病・他()

※上記の①②に該当する場合は、各受給者証と上限管理表(票)のコピーを一緒にご提出ください。

受給者	受給者番号							加入医療保険	世帯主・被保険者・ 組合員・加入者氏名		
	フリガナ								記 号 ・ 番 号		
	氏 名								名 称		
	生 年 月 日	年		月		日					
	診 療 月	年		月分					保 険 者 番 号		

処理欄	保険診療一部負担金	附加給付の額	高額療養費の額	助成額
	円	円	円	円

※医療機関等で発行した領収書の添付ができないときは、医療機関等に、下記の欄へ記入を依頼してください。

医療機関等記入欄	保険診療額領収証明																					
	診療年月 年 月 分 (日から 日まで)					入院 日間 ・ 外来																
	診療等区分		診療科科目			歯科 調剤		その他														
	保険診療総点数			点		他法負担分点数			点													
	保険診療一部負担額			円																		
	年 月 日																					
	(医療機関等)所在地(住所)																					
	名 称																					
	代表者																					
	印																					

(注)1 上部請求書欄は申請者で、下部領収書欄は医療機関等で記入してください。
ただし、医療機関等の証明による手数料は、保険外のため、支給の対象となりません。
2 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。