

第5号様式(第5条関係)

重度心身障がい者(後期高齢者)医療費請求書	
年 月 日	
志木市長 様	
住 所	
氏 名	
電話番号	

他の助成制度の有無 (○をつけてください)	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 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。

次のとおり、請求します。

受給者	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日		
	受 給 者 証 番 号			
	後期高齢者医療被保険者番号			

処理欄	入・外	年 月 分	保険診療一部負担金	円
		(日分)	高額療養費の額	円
	合 計			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。

領収書添付位置 別(月・医療機関・入院・外来)	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。