

*添付する領収書に、受診した方の氏名 保険点数 または 総医療費が入っていない場合は、必ず手書きで書き入れてもらってください。

申請者記入欄	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> </div> <div style="text-align: center;"> <h2 style="margin: 0;">心身障害者医療費支給申請書</h2> </div> </div>				
	(宛先) 狭山市長		年 月 日		
	申請者 住所		氏名		
	電話		()		
	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 記号番号		加入 医療 保険	世帯主・被保険者・ 組合員・加入者の氏名	
	氏名			住民税の状況	課税・非課税
区分	生年月日	年 月 日	加入 医療 保険	記号・番号	
	診療年月	年 月分		保険者名称	
	入院	年 月 日から入院日数 日		保険者番号	
入院・外来・調剤の別		入・外・調	診療科	科	

注1 上部申請者記入欄は、申請者が記入してください。

2 住民税の状況欄には、加入医療保険の世帯主・被保険者・組合員・加入者の課税状況を記入してください。

医療 機関 記入 欄	領 収 書				入院	日	外来	日
	¥ _____							
	ただし、年 月分保険診療一部負担金 (他法本人負担金 円含む) ー 食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は含まない。ー							
	保険診療総点数 (総医療費)		点 (円)	他法負担点数		点		
	年 月 日				医療機関等所在地 (住所)			
_____ 様				_____ 名称				
*必ず記入してください。				_____ 氏名				
*医療機関コード				電話		()		

注1 下部医療機関記入欄は、医療機関等で記入してください。

2 他法負担点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

3 点数で記入できない場合は、保険診療総点数の欄に保険で請求する10割分の金額 (総医療費) を記入してください。

処理欄	保険診療一部負担金	高額療養費	付加給付	支払額合計
	円	円	円	円
