様式第６号（第５条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 重度心身障がい者医療費支給請求書  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　　　（宛先）  羽生市長  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話  下記のとおり、羽生市重度心身障がい者医療費の支給に関する条例第９条第１項の規定に基づき、請求します。 | | | | | | | | | |
| 入院・外来・調剤の別 | | |  | | | 診療科 | | 科 | |
| 一部負担金の額　　　　　　　　　円 | | | | 付加給付の額  高額療養費の額 | | 円 | | 助成請求額 | 円 |
| 内訳 保険診療　　　　 　　　 　 円 | | | |
| その他　 　　　　 　　　　　　 　円 | | | |
| 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 |  | |
| ふりがな  氏名 |  | | | 記号番号 |  | |
|  | | |
| 生年月日 | 年　 　　月　　 　日 | | | 名称 |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 入院　　　　　　日 | | 外来　　　　　　日 | |
| 領収書  　　　￥  　　　ただし、　　年　　月分の保険診療一部負担金（他法本人負担額　　　円を含む。）  　　　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。 | | | | | | | |
|  | 保険診療総点数 | 点 | 他法負担分点数 | | 点 | |  |
| 年　　月　　日　　　　　医療機関等所在地（住所）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 名称  　　　　　　　　　　　様　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名 ㊞  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 | | | | | | | |

　注　１　上部申請書欄は、申請者が記入してください。

　　　２　下部領収書欄は、医療機関等で記入してください。

　　　３　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。

自治体記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療年月 | 保険 | 区分 | | | | 高額該当 |
|  | 国・国70・社・後 | 課・非・一般・上位・低１・低２ | | | | 有・無 |
| 医療機関コード | | 医療科目 | | | 入院日数 | 支払 | |
|  | | 医・歯・薬・他（　　　 　　　） | | |  | 本・委 | |
| 医療点数 | 点 | 高額療養費 | 円 | 支給額 | 円  国保・社保 | | |
| 負担額 | 円 | 付加給付額 | 円 |