

記入例

受付番号

※該当する番号に○をつけてください。

- 1 こども
- ② 重度心身障害者医療費支給申請書
- 3 ひとり親家庭等

三郷市長あて

令和〇〇年〇月〇日

住所 三郷市花和田648番地1

申請者氏名 三郷太郎

電話 (953) 1111

下記のとおり医療費を申請します。本申請に係る医療費助成金は、登録を行った口座に振り込むよう依頼します。なお、市が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を承諾します。

申請者記入欄	受給資格証番号	37200000	右詰め記入	保険者番号	00110000	右詰め記入	
	フリガナ	ミサト タロウ		保険者名称	三郷市		
	氏名	三郷太郎		記号・番号	# 12345		
	生年月日	昭和50年5月25日		資格取得・認定年月日	平成25年6月3日		
	診療月	平成元年5月		被保険者氏名 (世帯主・組合員・加入者)	三郷太郎		
申請額が21,000円以上の場合		この申請分と同じに、同じ健康保険証を使って、1ヶ所の医療機関に保険診療分の医療費を21,000円以上支払った家族がいる。					はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>

領収書

様式第4号 (第4条関係)	後期	社保	国保
重度心身障害者医療費受給者証			
受給者番号	37200000		
受給者	氏名	三郷太郎	
	住所	埼玉県三郷市花和田648番地1	
	生年月日	昭和50年5月25日	
(オレンジ若しくは水色のカードの内容を記載)			
健康保険	本人(被保険者)	交付	
被保険証	記号み番号	12345	
	氏名	三郷太郎	
	生年月日	昭和50年5月25日	性別 男
	適用開始年月日	平成25年6月3日	
	保険者名称	三郷市	
	保険者番号	11000	
(保険証の内容記載)			
1 証明書	1 医科	4 柔整	1 強制
2 レシート	2 歯科	5 補装具	
	3 調剤	6 養育	
		7 訪問看護	

○申請者記入欄は必ず記入してください。
○入院等により高額療養費・附加給付に該当する場合には、医療を受けた方の加入健康保険料の月額(支給決定通知書等)と領収書の写しを添付してください。※三郷市国民健康保険は不要

○領収書を添付(原本)し、受診者、医療機関(薬局分も必要)、診療月別で申請書(コピー可)の提出が必要となります。
○医療費の申請は、5年を経過すると時効により申請ができなくなりますので、ご注意ください。
○診療を受けた翌月以降に、申請してください。

医療機関のかたへ

- 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。
 - 保険診療総点数の欄で総点数の記入できないものは、総金額の1/10を記入してください。
 - 医療機関コードは、診療報酬明細書で使用しているコードを記入してください。
- ※医療費支給申請書を提出する方は、裏面もご覧ください。