

# 重度医療費 (後期高齢者保険の方用)

受付番号

○ 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。

○ 申請者記入欄は必ず記入してください。  
○ 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。

※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
- 3 ひとり親家庭等

## 医療費支給申請書

三郷市長あて

令和〇〇年〇〇月〇〇日

住所 三郷市花和田648番地1

申請者氏名 三郷 花子

電話 (953) 1111

下記のとおり医療費を申請します。

|        |                |                    |       |        |       |                |
|--------|----------------|--------------------|-------|--------|-------|----------------|
| 申請者記入欄 | 受給資格証番号        | 04300000           | 右詰め記入 | 加入医療保険 | 保険者番号 | 39112370       |
|        | フリガナ           | ミサト ハナコ            |       |        | 保険者名称 | 埼玉県後期高齢者医療広域連合 |
|        | 氏名             | 三郷 花子              |       |        |       |                |
|        | 生年月日           | 大正 10年 5月 3日<br>昭和 |       |        |       |                |
| 診療月    | 平成 元年 5月<br>令和 |                    |       |        |       |                |

## 領収書

|          |                      |              |                    |    |         |   |
|----------|----------------------|--------------|--------------------|----|---------|---|
| 医療機関等記入欄 | 保険診療総点数              | 様式第4号(第4条関係) | 後期                 | 社保 | 国保      | 円 |
|          | 診療年月                 | 障            | 重度心身障害者<br>医療費受給者証 |    | 標準負担額は含 |   |
|          | 平成令和                 | 記号番号         | 04300000           |    | 点       |   |
|          | 診療日数<br>1 入院<br>2 外来 | 受給者氏名        | 三郷 花子              |    |         |   |
|          |                      | 住所           | 埼玉県三郷市花和田648番地1    |    |         |   |
|          | 令和 年                 | 受給者生年月日      | 昭和10年 5月 3日        |    |         |   |

(うぐいす色のカードの内容を記載)

|     |                 |  |      |
|-----|-----------------|--|------|
| 処理欄 | 確認区分            | 診療区分   | 定額区分 |
|     | 1 証明書<br>2 レシート | 1 医科 4 柔整<br>2 歯科 5 補装具<br>3 調剤 6 養育<br>7 訪問看護 | 1 強制 |

医療機関のかたへ 担当課 障がい福祉課 給付係(直通) 048-930-7779

- 1 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。
  - 2 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。
  - 3 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。