

重度医療費 (後期高齢者保険の方用)

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 年 月 日

住所

申請者 氏名

電話 ()

下記のとおり医療費を申請します。

申請者記入欄

受給者 医療を受けた人	受給資格証番号					右詰め記入	加入医療保険	保険者番号	39112370
	フリガナ							加入医療保険	保険者名称
	氏名								
	生年月日	大正昭和	年	月	日				
診療月	平成令和	年	月						

○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。

○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。

医療機関等記入欄

領収書

保険診療総点数					点	保険診療一部負担金					円
(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)											
診療年月						他法番号					
1 平成											
2 令和											
診療日数						他法負担点数					
1 入院											
2 外来											
年 月 日						県コード	点数	医療機関コード			
医療機関等所在地											
氏名											

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

医療機関のかたへ 問い合わせ先 障がい福祉課 給付係(直通) 048-930-7779

- 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。