

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

申請者住所

氏名

電話

( )

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

受給者 医療を受けた人	受給資格証番号		右詰め記入	保険者番号		右詰め記入
	フリガナ					
	氏名					
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	加入医療保険
	診療月	平成 令和	年	月		資格取得・認定年月日
						被保険者氏名 (世帯主・組合員・加入者)
申請額が21,000円以上の場合		この申請分と同月に、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・いいえ

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 年 月	他法負担分点数
2 令和 年 月	
診療日数	県コード 点数 医療機関コード
1 入院 日	
2 外来 日	
年 月 日	医療機関等所在地 名称 氏名

処理欄

確認区分	診療区分	定額区分
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発行の明細(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 担当課 障がい福祉課(直通) 048-930-7779

- 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。
- 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。