

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	11111111	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 昭和 10年 5月 3日				
診療月	平成 令和 元年 5月					

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)		円 標準負担額は含 点	
	診療年月	障 重度心身障害者 後 医療費受給者証			
	平成 令和	公費負担者番号	82110370		
		受給者番号	1111111		
	診療日数 1 入院 2 外来	受給者氏名	三郷 栄		女
		受給者住所	埼玉県三郷市花和田648番地1		
		受給者生年月日	昭和 18年 7月 6日		
	令和 年	保護者氏名			続柄
		保護者住所			
		有効期間	平成29年10月1日から 令和4年9月30日まで		
	(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 2 レシート	1 医科 4 柔整 2 歯科 5 補装具 3 調剤 6 養育 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。