



記入例

1 証明書	2 レシート		診療科	
1 医科入院	2 医科外来	3 歯科	4 調剤	5 療養費
6 歯科入院	7 食事	8 訪問看護	9 高額	10 その他
点数	総医療費	一部負担金	高額療養費	附加給付
点	円	円	円	円

**重度心身障害者医療費請求書**

令和元年 6月 1日

申請者記入欄

(宛) 重度医療費受給資格証に記載してある7桁の番号をご記入ください。

住所 **行田市本丸2-5**  
氏名 **行田 太郎**  
電話番号 **556-1111**  
個人番号 **1234 5678 9012**

次のとおり 令和元年 5月分の 申請します。

受給資格者	受給資格者証番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	使用した医療保険	記号	<b>123</b>	番号	<b>4567</b>
	フリガナ	<b>キョウダ ハナコ</b>		保険者番号	<b>06000000</b>		
	氏名	<b>行田 花子</b>		被保険者・世帯主等の氏名	<b>行田 太郎</b>		
	個人番号	<b>9876 5432 1098</b>		名称	〇〇××		
	生年月日	<b>S50年 1月 1日</b>		<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 共済組合			

他の給付の有無 (○をつけてください)	各健康保険組合等の高額療養費・附加給付による給付	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	日本スポーツ振興センター災害共済給付	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
	交通事故等第三者行為による給付	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	他の医療助成制度による給付	有・ <input checked="" type="radio"/> 無

**領収書**

1 入院 2 外来 日

¥ \_\_\_\_\_ ※保険診療対象外の費用

ただし、\_\_\_\_年\_\_\_\_月分保険診療一部負担金 (他法本) 入院時の食事療養に係る標準負担額は含まない

保険診療総点数	点	他法負
---------	---	-----

受診時に使用した健康保険証を確認しご記入ください。  
※加入している保険証が変わったときは、窓口でお声がけください。

県コード		医療機関コード

年 月 日

医療機関所在地(住所)  
名称  
受給資格者様 氏名

※申請者(受給資格者)の方へ

- ・申請者記入欄にもれなく記入してください。 ・この用紙は、診療月の翌月以降に提出してください。
- ・請求書は、医療機関等、診療月、入院、外来ごとに、それぞれ別々に作成してください。
- ・支払は既に申し出てある口座に振り込みます。変更のある場合は速やかに届け出てください。
- ・医療保険の使えないものは対象外です。(介護保険適用、健診、予防接種、入院時の食事代、室料差額、文書料等)

※医療機関などの方へ

- ・レセプトごとにそれぞれ別の用紙を使用してください。
- ・点数で記入できない場合は、保険診療総点数の欄に10割分の金額を記入してください。(この場合、必ず円と記入)
- ・他法とは、他の公費負担制度の医療費支給がある場合をいいます。