



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	受付印
点数	総医療費	一部負担金	高額療養費	附加給付	支給金額
点	円	円	円	円	円

申請者記入欄	重度心身障害者医療費請求書					年 月 日
	(宛先) 行田市長					
						住所
						氏名
						電話番号
次のとおり _____年 _____月分の請求費を申請します。						
受給資格者	受給資格者証番号		使用した医療保険	記号	番号	
	フリガナ			保険者番号		
	氏名			被保険者・世帯主等の氏名		
	個人番号			名称	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input 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	
	生年月日	年 月 日				
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・無	日本スポーツ振興センターの災害共済給付	有・無		
	交通事故等第三者行為による給付	有・無	他の医療助成制度による給付	有・無		

医療機関等記入欄	領 収 書		1 入院 日	2 外来 日
	¥ _____ ※保険診療対象外の費用は含まない			
	ただし、_____年 _____月分保険診療一部負担金 (他法本人負担金 _____円含む) —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	他法負担点数	点
	県コード		医療機関コード	
	年 月 日	医療機関所在地(住所)		
受給資格者 様	名称	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。
- ・支払は既に申し出で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。