|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １　証明書 | ２　レシート |  | 診療科 |  | *受付印* |
| 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 | 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** |
| （宛先）行田市長 | 年　　　　月　　　　日住　　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 | □全国健康保険協会　　□健康保険組合□国　保　　□国保組合　　□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 |  | １　入院　　　　　日 | ２　外来　　　　　日 |
| **領収書**￥　　　　　　　　　　　　　　　※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 | 他法負担分点数 | 点 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 県コード |  | 医療機関コード |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| 年　　　月　　　日 | 医療機関所在地(住所)名　称氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 受給資格者　様 |

※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。