|  |
| --- |
| **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　　　　　　　　　　　　　　　　　　次のとおり行田市重度心身障害者医療費助成条例第6条の規定に基づき請求します。 |
| 入院 | 年　　月 | 円 | 高額療養費 | 円 |
| 外来 | 年　　月 | 円 | 助成額 | 円 |
| 受給資格者 | 氏名 |  | 個人番号 |  |
| 受給資格者証番号 | 　 | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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。　・請求書は、診療月ごとに、それぞれ別に作成してください。

　　・この用紙は、診療月の翌月以降に提出してください。

・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。