|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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。