

<h2 style="margin: 0;">重度心身障害者医療費請求書</h2>										受付印			
令和 年 月 日													
越谷市長 宛													
住 所													
氏 名													
電話番号										No.			
下記のとおり、越谷市重度心身障害者医療費支給に関する条例第8条第1項の規定により請求します。													
受 給 者	公費負担者番号	8	2	1	1	0	2	2	2	加 入 医 療 保 険	世帯主・ 被保険者・ 組合員・ 加入者氏名		
	受給者番号										記号番号		
	フリガナ										保険者番号		
	氏 名										名 称		
	生年月日	大・昭 平・令			年			月			日		

受給者又はその保護者の方へ

- ・ 上部枠内にもれなく記入し、医療機関等の発行する領収書を添付してください。
- ・ 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。
- ・ 保険の適用とならないものは対象外です。（健康診断、予防接種、容器代、室料差額、文書料等）
- ・ 保険者から支払われる高額療養費、附加給付金等は除いて支給します。

証明書は、領収書を紛失した場合、領収書にお名前や保険診療総点数等が記入されていない場合に使用します。

- ・ 上部枠内を記入し、下部証明書欄は医療機関等で記入してください。
- ・ レセプトごとにそれぞれ別の用紙を使用してください。
- ・ 接骨・整骨院等、医療費を点数化できないときは、保険診療総医療費の金額を円単位で記入してください。
- ・ 他法負担点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

<h3 style="margin: 0;">証 明 書</h3>											
上記受給者の支給対象医療費について、次のとおり証明します。 なお、食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は含みません。											
診療年月 年 月				入院 日 外来(調剤) 日							
保険診療総点数 , , 点						他法負担点数 , 点					
保険診療一部負担金 , , 円						診療科目					
(他法本人負担額 円を含む。)											
令和 年 月 日										医療機関コード	
医療機関等											
所在地(住所)											
名 称											
氏 名											
印											

受付