

様式第4号 (第5条関係)

- 高額 (□同意書あり) 協会けんぽマル長 (補助外)
高額療養費非該当 (①限度額内 ②協会けんぽ) 高額介護合算療養費
返戻 (理由: ①重複請求 ②有効期間外診療分 ③その他 _____)

重

※ 処理欄	一部負担金	高額療養費	附加給付	支給額合計
	円	(現物給付・一部現物) 円	円	円 (証明書・レシート・その他)

一か月ごとに①医療機関別及び②入院・入院外別に申請してください。

重度心身障害者医療費請求書

年 月 日

東松山市長 宛て

申請者 住所 東松山市 _____

氏名 _____

(電話 _____)

以下のとおり、東松山市重度心身障害者医療費支給に関する条例第8条第1項の規定に基づき請求します。

申請者記入欄	受給者番号			世帯主・被保険者等の氏名	
	ふりがな氏名		加入医療保険	記号番号	
	生年月日	昭・平 年 月 日		名称	<input type="checkbox"/> 東松山市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 _____ 支部 <input type="checkbox"/> _____ 健康保険組合 <input type="checkbox"/> その他: _____
	診療月	年 月 分			

(注) 1 太枠内のみ記入してください。

領収書を添付する場合は、のり付けしないでください。

領 収 書

入院 日	外来 日
診療科	科

¥ _____

ただし、_____年 月分 保険診療一部負担金(他法本人負担額 _____ 円を含む。)
 食事療養標準負担額及び生活療養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
---------	---	--------	---

(柔道整復では 保険診療総医療費 _____ 円)

年 月 日

_____ 様

医療機関 所在地(住所)

名 称 _____

氏 名 _____ 印 _____

- (注) 1 領収書欄は、医療機関等で証明を受けてください。ただし、領収書を添付する場合は記入不要です。
 2 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。