様式第4号の2(第5条関係)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ※処理欄 | □高額 （同意書あり）□高額介護合算療養費 　□協会けんぽマル長（補助外）□後期高齢者医療　高額療養費未請求申請□返戻（理由：①重複請求 ②有効期間外診療分　③その他） | 診療月 | 　　年　1･2･3･4･5･6･7･8･9･10･11･12月 |
| 支給月 | 　　年　1･2･3･4･5･6･7･8･9･10･11･12月 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　医療機関毎に分けず、一ヵ月ごとにまとめて申請してください。 | 申請者記入欄 | **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の助成に関する条例第8条第1項の規定に基づき請求します。 |
| 受給者 | 受給者番号 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 生年月日 | 明・大・昭・平　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 加入医療保険 | 後期高齢者医療　・　市町村国民健康保険　・　社会保険（土建国保含む） |

　　　(注)　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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 医療機関記入欄 | 　　　　　　　　**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 | 他法負担分点数 | 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　他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。