

様式第4号の2(第5条関係)

重

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

医療機関毎に分けず、一カ月ごとにまとめて申請してください。

申 請 者 記 入 欄	<b>重度心身障害者医療費請求書</b>		
	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	<b>領 収 書</b>		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。