|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第７号（第５条関係） | | | | | | | | | | | | | | | | | 送付番号 | | | | |  | | | | | | |
| **重度心身障害者医療費請求書** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **後期**  春日部市長　あて | | | | | | | | | | | | 令和　　年　　月　　日  請求者 住　　所  氏　　名  電話番号 　　　　　　（　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 下記のとおり、春日部市重度心身障害者医療費助成に関する条例第８条第１項の規定に  より請求します。なお、高額療養費及び付加給付金等の支給状況を市が受給者に代わって  調べる必要があるときは、保険者及び関係機関に確認することを承諾します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 職員記入欄 | | | 高額療養費の額 | | | | | | | 円 | | | | | | 付加給付金の額 | | | | 円 | | | | | | | | |
| 受  給  者 | 受給者証  番　　号 | ５ | | ０ | |  | |  |  | |  | |  | 加入医療保険 | 世帯主・被保険者・  組合員・加入者氏名 | |  | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | 保険証記号番号 | |  | | | | | | | | | | | |
| 氏　 名 |  | | | | | | | | | | | | 保険者名称 | | **埼玉県後期高齢者医療広域連合** | | | | | | | | | 国保・健保・共済  後期・協会 | | |
| 生年月日 | T ・S | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | 保険者番号 | | ３ | ９ | １ | | １ | | ２ | | １ | | ４ | ９ |
| 学校等での授業・行事・部活動、又は交通事故によるけがや疾病の医療費ですか。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | はい・いいえ | | | | |
| 請求額が ２１，０００円  以上の場合 | | | | | | | この請求分と同じ月に、１か所の医療機関等に保険診療分の医療費を ２１，０００円以上支払った家族がいますか。 | | | | | | | | | | | | | | | | | はい・いいえ | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | 入院 | | | 日 | | | | | | | 外来 | | | | | 日 | | | | | |
| **領　　　収　　　書** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 保険診療総点数 |  |  |  |  |  |  | |  |  | 点 | 他法負担分点数 | | | | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | 点 | |
| ただし、　　　　年　　月分保険診療総点数 | | | | | | | | | | | | 他法本人負担金 | | | | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | 円 | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 保険診療分領収金額 |  |  |  |  |  |  | |  |  | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・食事療養標準負担額及び生活療養費標準負担額は含まない。  ・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。  　年　　月　　日 医療機関等 所在地（住所）  名　　称  　　　　　　　　　様 氏　　名  電話番号 　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード | | | | | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 県内外  区　分 | 診 療  区 分 | 証 レ  区 分 |
|  |  |  |

（注）１　請求者は、**太枠内のみ**記入してください。

　　　２　請求書は次のとおり作成してください。

　　　　①受診月ごとに作成する。

　　　　②医療機関ごとに作成する。１つの医療機関で歯科を含む複数の診療科

　　　　　を受診した場合、歯科の受診分は、もう１枚用紙を使い別に請求する。

　　　　③入院・外来は分けて作成する。

1901