

記入例

※ 原則、受給者が請求者となります。
 しかし、受給者が未成年等の場合は、保護者等が請求者となります。

年 月 日

請求者 住所 **春日部市中央七丁目2番地1**

氏 名 **春日部 太郎**

電話番号 **048 (736) 1131**

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、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
受給者番号	4001234	加入医療保険	世帯主・被保険者 組合員・加入者	春日部 太郎
フリガナ	カスカベ ハナコ	保険証番号		614-9999999999
氏名	春日部 花子	保険者		埼玉県(春日部市) <small>国保・健保・共済 後期・協会</small>
生年月日	S・H・R 56年 7月 8日	保険番号		00110148
学校等	「はい」もしくは「いいえ」に○をつけてください。			はい <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>
請求額が1,000円以上の場合	医療費を21,000円以上支払った家族がいます。			はい <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>

入院	日	外来	日
領 収 書			
保険診療総点数		他法負担分点数	
ただし、この領収書欄は、 領収書を紛失 した場合等に医療機関で証明を受けた上で、提出して下さい。 ※ 証明手数料がかかる場合があります。			
・食事療養標準負担額 ・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。			

- (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・医療機関ごと・入通院ごとに各1枚**必要です。
- ② 1医療機関で歯科を含む複数の診療科を受診した場合は、**歯科の診療分としてもう1枚**作成してください。

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。

記入方法

① 重度心身障害者医療費受給者証に記載してある受給者証番号を記入してください。

次の②～⑤は、受給者の受診時における健康保険証について記載してください。

② 被保険者氏名・世帯主氏名・組合員等を記入してください。

※受給者本人が被保険者・世帯主・組合員等の場合は、受給者の氏名を記入してください。

※後期高齢者医療保険加入者の場合、記入は不要です。

③ 記号・番号を記入してください。

※後期高齢者医療保険加入者の場合、被保険者番号を記入してください。

④ 保険者名称を記入してください。

⑤ 保険者番号を記入してください。

※原則、保険者番号は8桁となります。

※保険者番号が6桁の場合は、右詰めで記入し、空欄には「0」を記入してください。

⑥ 「はい」もしくは「いいえ」に○をつけてください。

問い合わせ先

春日部市 障がい者支援課 障がい者医療担当

住 所：〒344-8577

春日部市中央七丁目2番地1

電 話：048-736-1131