

←領収書は裏面のこの位置にホッチキスで留めてください。

様式第6号(第7条関係)

受付印

・診療月ごと、医療機関ごと(複数の診療科がある場合、歯科とその他の科ごと)、薬局ごと、入院・外来ごとに領収書を分け、それぞれ一枚ずつ作成してください。

申請者欄	(提出先) 川越市長		川越市重度心身障害者医療費支給申請書		令和 年 月 日	
	申請者 (この用紙を記入された方)		住所 氏名 電話番号			
	受給者番号		加入医療保険	保険者番号	※ 1 証明 2 領収明細書	
	フリガナ		名称		3 養育医療費 4 自立支援医療費 5 他法負担 6 特定疾病医療費 7 療育医療費 8 その他	
氏名		注意	医療費助成金の支払は既に申出のあった口座に振り込みますので、変更のある場合は連絡してください。			
生年月日	明大 昭平 令	年 月 日				
申請する医療費について、給付を受けているものに○を付けてください。		<input type="radio"/>	各健康保険組合等の高額療養費・附加給付		<input type="radio"/>	交通事故等第三者行為による給付
		<input type="radio"/>	日本スポーツ振興センターの災害共済給付		<input type="radio"/>	他の医療助成制度による給付

(注) 上部申請書欄は、申請者が記入してください。 ※欄は、記入しないでください。

医療機関記入欄	領 収 書										
	保険診療一部負担金 ¥					(食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を除く。)					
	診療年月 年 月		入院	入院外	診療実日数	点表	県コード	医療機関コード			
	1	2	日								
保険診療総点数					他法分点数					点	
食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額 (平成25年4月以降受診分は記載不要)											
¥ (算定 回 日)											
(証明日)											
令和 年 月 日											
(領収日)											
年 月 日											
医療機関等											
所在地											
名称											
氏名											
電話番号											
様											
注 1 他法分点数欄には、公費分点数がある場合に再掲でその点数を記入してください。											
2 点数で記入できない場合は、金額で記入してください。(この場合は、必ず「円」と記入してください。)											

※処理欄	備考	No.
------	----	-----

(川越市保健医療部 高齢・障害医療課)

・申請書の提出は、高齢・障害医療課(郵送可)、各市民センター又は川越駅西口連絡所にて承ります。