

# 重度心身障害者医療費助成申請書

窓口で申請する日付(郵送の場合は発送日)を記入してください。

平成19年 8月 5日

神崎市長 様

緑色の受給資格証に記載された「受給者」の住所氏名を記入してください。

申請者住所 神崎市 神崎 町 神崎410  
(受給者)氏名 神崎 太郎

神崎

緑色の受給資格証に記載されている「記号・番号」の数字、「助成対象者」の氏名と生年月日を記入してください。

給付を受けたく申請します。

受給資格証記号番号	0001515	加入保険	被保険者氏名	神崎 太郎
患者との続柄	本人		保険証記号番号	神崎 10012345
患者の生年月日	S45年 4月 14日		保険者名	神崎市

## [医療機関等記入欄]

保険診療額(領収)証明				
患者氏名	神崎 太郎			
診療月	平成 19 年 7 月分(入院がある場合は、入院日数 5 日)			
区分	入院	入院外	歯科	調剤
保険診療総点数	10,350点	点	点	点
公費負担点数	点	点	点	点
保険診療一部負担額	31,050円	円	円	円
食事療養費標準負担額	円		円	
訪問看護利用料		円		
上記の金額を受領しました。				
平成 19 年 7 月 31 日				
医療機関等住所	神崎市神崎町 100番地		<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">                     卑弥呼病院 院長                 </div>	
名称氏名	卑弥呼病院			

医療保険の被保険者証に記載されている「被保険者氏名」、「記号・番号」、「保険者名」を記入してください。

この欄は、医療機関等に記入してもらってください。

\* 医療機関等発行の領収書(原本、保険診療点数等明細が記載されたもの)を添付する場合は、上記証明欄の記入は不要です。

## [市記入欄]

給付決定額					
区分	一部負担額	高額療養費	附加給付額	自己負担額	給付額
保険診療	円	円	円	円	円
食事療養費標準負担額	円		円		
訪問看護利用料	円	円	円		

# 重度心身障害者医療費助成申請書

平成19年 8月 5日

神埼市長 様

申請者 住所 神埼市 千代田町 直鳥160

(受給者)氏名 千代田 次郎

千代田

下記のとおり医療費の給付を受けたく申請します。

## [申請者記入欄]

受給資格証 記号番号	0001616	加入 保 険	被保険者氏名	千代田 三郎
患者との続柄	本人		保険証記号番号	佐賀 80888
患者の生年月日	S5年 5月15日		保 険 者 名	佐賀社会保険事務局

領収証を貼付する場合は、左端を糊付けしてください。

### 領収証

千代田 次郎 様

請求期間平成19年7月15日～平成19年7月15日

診療点数		保険外費用	文書料	
診察料	300点		文書料	2,000円
検査料	200点	・・使用料	800円	
・・料	100点	・・料	円	
・・料	点	・・料	円	
・・料	点	・・料	円	
合計	600点	合計	2,800円	
保険内負担金	600円	食事一部負担金	円	
合計請求額	3,400円			

上記金額を領収しました。

平成19年7月15日

佐賀県神埼市千代田町 100

千代田内科医院

0952-44-

領収印

領 収

19.07.15

医療機関等記入欄を記入してもらう代わりに、保険診療点数等の明細が記載された領収証(原本)を貼付して申請できます。(簡易なレシート等では申請できません。)

\* 医療機関等発行の領収書(原本、保険診療点数等明細が記載されたもの)を添付する場合は、上記証明欄の記入は不要です。

## [市記入欄]

区 分	給 付 決 定 額				給 付 額
	一部負担額	高額療養費	附加給付額	自己負担額	
保 険 診 療	円	円	円		円
食 事 療 養 費 標 準 負 担 額	円		円		
訪 問 看 護 利 用 料	円	円	円	円	

# 重度心身障害者医療費助成申請書

平成19年 8月 5日

神埼市長 様

申請者 住所 神埼市 脊振 町 広滝558

(受給者)氏名 脊振 四郎



下記のとおり医療費の給付を受けたく申請します。

## [申請者記入欄]

受給資格証 記号番号	0001717	加入 保 険	被保険者氏名	脊振 四郎
患者との続柄	父		保険証記号番号	300 505
患者の生年月日	H5年 6月16日		保 険 者 名	共済組合

## 領収証

脊振 五郎 様

請求期間平成19年8月10日～平成19年8月10日

## 領収証

脊振 五郎 様

請求期間平成19年8月25日～平成19年8月25日

診療点数	診察料	250点	保険外費用	文書料	円
	検査料	250点		・・使用料	円
	・・料	100点		・・料	円
	・・料	300点		・・料	円
	・・料	点		・・料	円
	合計	900点		合計	円
保険内負担金		2,700円	食事一部負担金		円
合計請求額			2,700円		

上記金額を領収しました。

平成19年8月25日

佐賀県神埼市脊振町 200

脊振診療所

0952-59-

領収印



領収証を貼付する場合は、左端を糊付けしてください。

剤

点  
点  
円

同一月に同一の医療機関等で複数回受診した場合は、1枚の申請書にまとめて申請してください。

は不要です。

## [市記入欄]

区 分	一部負担額	高額療養費	附加給付額	自己負担額	給 付 額
保 険 診 療	円	円	円	円	円
食 事 療 養 費 標 準 負 担 額	円		円		
訪 問 看 護 利 用 料	円	円	円		

# 重度心身障害者医療費助成申請書

平成19年 8月 5日

神埼市長 様

申請者 住所 神埼市 神埼 町 神埼410

(受給者)氏名 神埼 太郎

神埼

下記のとおり医療費の給付を受けたく申請します。

## [申請者記入欄]

受給資格証 記号番号	0001515	加入 保 険	被保険者氏名	神埼 太郎
患者との続柄	本人		保険証記号番号	神埼 10012345
患者の生年月日	S45年 4月 14日		保 険 者 名	神埼市

## [医療機関等記入欄]

保 険 診 療 額 ( 領 収 ) 証 明			
患者氏名	神埼 太郎 様		
診療区	(No. 12345)		
保険診療総額	点	点	点
公費負担	点	点	点
保険診療一部負担額	円	円	円
食事療養費標準負担額	円	円	円
訪問看護利用	円	円	円
上記の金額	平成19年7月25日	佐賀県神埼市神埼町 整形外科病院 Tel: 0952 - ** - ****	

領収証

保険診療分 ¥850円  
その他 ¥0円  
**合 計 ¥850円**

上記金額を領収しました。

「領収証」の記載があっても、保険診療点数等の明細がわからない簡易なレシート等での申請は、受け付けられない場合があります。

\* 医療機関等発行の領収書(原本、保険診療点数等明細が記載されたもの)を添付する場合は、上記証明欄の記入は不要です。

## [市記入欄]

給 付 決 定 額					
区 分	一部負担額	高額療養費	附加給付額	自己負担額	給 付 額
保 険 診 療	円	円	円	円	円
食 事 療 養 費 標 準 負 担 額	円		円		
訪 問 看 護 利 用 料	円	円	円		