

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31年 4月 8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



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	0002500	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31年 4月分(入院がある場合)		
区分	入院	入院外	
保険診療総点数	10,350点	点	点
公費負担点数	点	点	点
保険診療一部負担額	31,050円	円	円
食事療養費標準負担額	円	円	円
訪問看護利用料	円	円	円

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。

※国保、後期高齢、全国健康保険協会など

上記の金額を受領しました。

平成31年 4月30日

医療機関等 住所 神崎市神崎町○○100番地
名称 卑弥呼病院
氏名 ○○ ○○

卑弥呼病院
院長○○○○
(印)

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	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31年 4月 8日

神埼市長 ○○○○ 様

申請者 住所 神埼市 千代田町 直島160

(受給者) 氏名 千代田 次郎



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	0002600	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	H5年 5月16日		保険者名	佐賀社会保険事務局

[医療機関等記入欄]

領収証を貼付する場合は、左端を糊付けしてください。	保険診療額 (領収) 証明				
	患者氏名				
	診療月	平成 年 月分 (入院がある場合は、入院日数 日)			
	区分	入院	入院外	歯科	調剤
	保険診療総点数	点	点	点	点
	公費負担点数	点	点	点	点
	保険診療 一部負担額	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 年 月 日 医療機関等 住所 名称 氏名				

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]

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		
食事療養費 標準負担額	円		円		
訪問看護 利用料	円	円	円	円	円

重度心身障害者医療費助成申請書

平成31年 4月 8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	0002700	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 5月16日		保 険 者 名	〇〇共済組合

[医療機関等記入欄]

領収証

千代田 次郎 様 請求期間平成31年4月1日～平成31年4月30日

診療 点 数	診察料	300点	保 険 外 費 用	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31年4月30日
佐賀県神埼市千代田町〇〇100
千代田内科医院
TEL 0952-44-〇〇〇〇

領収印

領 収
30.05.15
千代田内科

領収証を貼付する場合は、左端を糊付けしてください。

*医療機関等発行の領

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。

[市記入欄]

区 分				
保 険 診 療	円	円	円	
食 事 療 養 費 標 準 負 担 額	円	円	円	
訪 問 看 護 利 用 料	円	円	円	円

※医療機関と薬局は申請書を別にして下さい。

重度心身障害者医療費助成申請書

平成31年 4月 8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



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	0002500	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	点	点	点
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31年4月30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。

平成31年4月30日
佐賀県神埼市神埼町○○
○○整形外科 病院
Tel:0952-***

「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。

*医療機関等宛

医療費の助成申請ができるのは診療を受けた月から1年以内のものに限ります。

[市記入欄]

例) 診療年月: 平成31年4月 → 令和32年3月末日まで申請可能

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		