

重度心身障害者医療費支給申請書

年 月 日

五所川原市長

住所 五所川原市字布屋町41番地1

申請者

氏名 五所 太郎

受給者記入欄

受給者証	公費負担者番号	8 0 0 2 0 0 5 0	加入者保険	記号	〇〇〇〇
	受給者番号	1 1 1 1 1 1 1		番号	〇〇〇〇
受給者	氏名	五所 太郎		保険者名	〇〇〇〇
	生年月日	T S H R 〇年〇〇月〇〇日		有無	有・無
同一月内における世帯員の受領の有無	有無	受給者氏名	一部負担金	円	高額療養費の額
過去1年間における高額療養費支給回数	回	上記のとおり相違ありません。			円
		年 月 日		申請者氏名	五所 太郎

保険医療機関等記入欄

年 月 日から	分				
年 月 日まで					
医療費総額(保険診療対象分)	外来	円	保険診療による一部負担金		
	入院	円		円	
訪問看護療養費の総利用額(保険対象分のみ)			回数	回	
			基本利用料	円	
年 月 日					
保険医療機関等所在地					
名 称					
代 表 者					
(印)					

保険薬局記入欄

年 月 日 分	処方箋受付回数	回	一部負担金額(保険対象分のみ)	円
診療報酬点数	点			
年 月 日				
保険薬局所在地				
名 称				
代 表 者				
(印)				

市町村記入欄

	一部負担額 A	控除額・附加給付 B	支給額 A-B	備考
病院	円	円	円	年 月
薬局	円	円	円	年 月
合計	円	円	円	年 月
市町村民税課税対象者の控除額算定欄				
高額療養費の世帯合算・附加給付				