

記入例

重度心身障害者医療費請求書

年 月 日

※原則、受給者が請求者となります。
受給者が未成年の場合などは、保護者
や成年後見人が請求者となります。

住所 **春日部市中央七丁目2番地1**
春日部 花子
電話番号 **048 (736) 1131**

下記のとおり、春日部市重度心身障害者医療費助成に関する条例第8条第1項の規定により請求します。なお、高額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調べる必要があるときは、保険者及び関係機関に確認することを承諾します。

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・組合員・加	春日部 太郎
フリガナ	カスカベ ハナコ	加入医療保険	記号番号	614-9999999999
氏名	春日部 花子	加入医療保険	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	加入医療保険	保険号	00110148
学校等での授業・行事	「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 以上の場合	医療費を21,000円以上支払った家族がいますか。			はい <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>

領 収 書

入院	日	外来	日
保険診療総点数		他法負担分点数	
点		点	
円		円	

この領収書欄は、領収書を紛失した場合などに、
医療機関が証明（記入）する欄になります。

※通常は記入不要です。証明手数料がかかる場合があります。

・ 太枠内のみ記入してください。

・ 請求書は次のとおり作成してください。

① 受診月、医療機関、通院・入院ごとに各1枚必要です。

② 1つの医療機関で複数の診療科を受診した際に歯科が含まれる場合は、
歯科の診療分を分けてもう1枚作成してください。

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