

心身障害者医療費支給申請書

令和 年 月 日

(あて先) さいたま市長

住所
申請者 氏名
電話番号 ()

Table with columns for public fee payer number, recipient number, name, date of birth, medical month, insurance name, and insurance number.

- ※ 太枠内は、受給資格者またはその保護者の方がご記入ください。
(1か月単位で受診した各医療機関等ごと。入院・通院別に1枚ずつお使いください。)
※ つぎのような場合に、この申請書に領収書を添付して申請してください。
◆ 埼玉県外の医療機関・さいたま市外の施術所(あん摩マッサージ・はり、きゅう等)などで医療費を支払った場合
◆ 埼玉県内の医療機関等で受給資格証を使用せずに医療費を支払った場合
◆ その他、この制度の対象となる医療費を支払った場合
※ 下の証明書欄は、領収書を紛失したときなど、領収書を添付できない場合に医療機関等に記入してもらってください。

証明書
入院区分 診療科
医療機関等の証明欄(領収書を添付できない場合)
※ 他法負担分点数欄は、さいたま市心身障害者医療費支給条例に定める以外の公費負担により支払われる額を点数で記入してください。
診療年月 平成 年 月 入院 日 通院 日
保険診療総点数 点 他法負担分点数 点
保険診療分領収金額 円
令和 年 月 日 住所
様 医療機関等 名称(氏名)
電話番号 ()

Table with columns: 県内外区分, 診療区分, 証レ区分, 課税区分, 本人家族, 高額療養費, 附加給付額, 自己負担額, 支給額, 行政区, 送付番号

※診療を受けた翌月以降に、各区役所や支所、または市民の窓口に申請してください。