記　入　例

整理番号

第４号様式（第６条関係）

枠線部の太文字のように記入してください。

重度心身障害者医療費請求書

令和　6　年　12　月　2　日

草加市長　あて

住　　所　草加市高砂１－１－１

申請者　氏　　名　草加　花子　草加 印

電話・FAX番号　０４８－９２２－０１５１

草加市重度心身障害者医療費支給に関する条例第８条第１項の規定により、次のとおり請求します。

受給者	受給者番号	１２３４５６７ 受給者証に記載されている受給者番号	加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員の氏名	草加　一郎 国保の場合は世帯主、社保･国組の場合は被保険者
	フリガナ	ソウカ　タロウ		記号番号	１２３－４５６７－８９
	氏　名	草加　太郎			
	生年月日	大・昭 (平)・令　１５年　５月　５日		名　称	草加市国民健康保険

入院・外来・調剤の別		診　療　科		科	
一部負担金の額	円	高額療養費の額	円	助成請求額	円
内訳　保　険　診　療	円				
食事療養標準負担額	円	附加給付の額	円		
生活療養標準負担額	円				
そ　の　他	円				

入院　日	外来　日

領　収　証　明　書

¥

ただし、平成

保険診療総点

食事療養標準負担

¥

平成　年

印

【請求書の提出について】

①**請求書は月ごとに1枚、医療機関ごとに1枚、入院・外来ごとに1枚必要**です
（同じ病院であっても歯科は別に1枚必要です）。

②請求書それぞれに**医療機関で発行された領収書を添付**（のり付け不可）するか、
医療機関が「領収証明書」の記入をする必要があります。

③請求書はコピーでも構いません（**お客様負担**）。コピーに押印し提出してください。

【例】 A病院…外来4～6月分、入院5月分、歯科6月分
B薬局…4～6月分

→A病院分…外来3枚、入院1枚、歯科1枚
B薬局分…3枚　　合計8枚必要

（注意）　1　上部『請
2　下部『領
3　「他法負担分点数」欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。
4　「算定食数」欄は、生活療養標準負担額の場合には記入不要です。

受　付	令　和	医療機関・薬局コード	

県　外	診　療	定　額	確　認	結・精	継　続	支　給	老　齢	課　税	回　数