

重度心身障害者医療費請求書

年 月 日

杉戸町長 あて

住 所
氏 名
電話番号

診療年月

医療の種類に丸をつけてください。

下記のとおり杉戸町重度心身障害者医療費支給に関する条例第8条第1項の規定に基づき請求します。

年 月 分 外来 入院 訪問看護 柔道整復・マッサージ その他 ()

受給者	受給者証番号	オレンジ色の受給者証の内容	加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者氏名	加入している保険の情報
	ふりがな氏名			記号番号	
	生年月日			年 月 日	

【確認事項】

- (1) 複数の月の分をまとめていないか? (はい いいえ)
- (2) 交通事故等による診療分は含まれていないか? (はい いいえ)
- (3) 下記該当の場合、チェックをしてください。
 - 請求金額が21,000円以上の場合(70歳以上の方は外来:8,000円 入院15,000円)
加入している医療保険へ高額療養費制度の対象かどうかの確認が必要のため、支給に時間を要します。
 - 柔道整復・マッサージ分を請求の場合
加入している医療保険へ支給決定がされているかの確認を行う場合があるため、支給に時間を要します
 - 人工透析をしている方(杉戸町国民健康保険・後期高齢者医療制度加入の方は除く)
人工透析分の院外処方された、薬局分を請求に含めていない。

全ての項目をご確認ください。

入院 日(期間 年 月 日～ 年

領 収 書

¥

ただし、年 月分の保険診療一部負担金(他法本人負担額 円を含む)
食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は含まない。

保険診療 総点数	点	他法負担分 点数	点
-------------	---	-------------	---

年 月 日

(受給者) _____ あて

医療機関所在地(住所)
名 称
氏 名

印

- 注1 上部請求書欄は、申請者が記入してください。
- 注2 下部領収書欄は、医療機関等で記入してください。
- 注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。

【担当処理欄】	資格確認		高額確認		支給月	仕分け		
	確認	69歳以下 70歳以上	照会あり	照会なし	年 月	国保	後期	社保