

記入例

様式第5号（第5条関係）

受付印

重度心身障害者医療費請求書

令和 年 月 日

(宛先) 鴻巣市長

窓口に来られた方のお名前を
記入してください。

請求者

住所 鴻巣市中央*番*号

氏名 鴻巣太郎

電話番号 ***(***)****

次のとおり医療費を請求します。

受 診 者	受給者番号	ぞら色の受給者証の上部 の番号を記入します。	加 入 医 療 保 険	世帯主・被保険者 組合員・加入者の氏名	鴻巣太郎
	フリガナ	コウノ タロウ		記号・番号	健康保険証の「記号・番号」 を記入します。
	氏名	鴻巣太郎		名称	***健康保険組合
	生年月日	S・(H)・R*年*月**日生		保険者番号	保険証の「保険者番号」を記入
診療月	H・(R) *年*月分				

注 太線の枠内は、請求者が記入してください。

入院日 外来日

¥

ただし、
入院時食

☆ 請求の方法

医療機関ごとに証明を受けてください。
または、領収書の原本を請求書の後ろに添付してください。
(領収書は返却しません)
※ 医療機関の証明を受けた場合は、領収書は不要です。
領収書を添付できない場合は、写しをお預かりします。
(請求の際は、原本も提示してください)
1医療機関1ヶ月につき1枚の請求書を使用してください。
※ 病院・薬局などもそれぞれ1カ所とします。

☆ 申請場所

市役所障がい福祉課・吹上支所・川里支所
市民センター・市民サービスコーナー・各公民館

☆ 支給の方法

前月までに診療を受けたものを毎月15日で締め切ります。申請されたものは、その翌月以降の月末にあらかじめ登録された口座に振り込みます。

ご不明な点があれば障がい福祉課障がい福祉担当までお問い合わせください。

鴻巣市役所障がい福祉課障がい福祉担当
TEL 541-1321 (内線2617・2678)

給 総 計

処

理

欄

入院時食事療養標準食

日数

円

これより下の部分は障がい福祉課にて記入をします。医療機関の証明の場合は医療機関にて記入します。