

←領収書は裏面のこの位置にホッチキスで留めてください。

様式第7号(第7条関係)

受付印

・診療月ごと、医療機関ごと(複数)の診療料がある場合、それぞれ一枚ずつ作成してください。

申請者欄		川越市重度心身障害者医療費支給申請書		令和 年 月 日	
提出先 川越市長		申請者 (この用紙を記入された方)		住所 氏名 電話番号	
受給者欄	受給者番号	加入医療保険		※医療費区分	1 証明
	フリガナ	保険番号			2 領収明細書
	氏名	名称			3 養育医療費
	生年月日	注意			4 更生医療費
申請する医療費について、給付を受けているものに○を付けてください。		<input type="radio"/> 各健康保険組合等の高額療養費・附加給付	<input type="radio"/> 交通事故等第三者行為による給付	5 他法負担	6 特定疾病医療費
		<input type="radio"/> 日本スポーツ振興センターの災害共済給付	<input type="radio"/> 他の医療助成制度による給付	7 精神通院医療費	8 その他

(注) 上部申請書欄は、申請者が記入してください。 ※欄は、記入しないでください。

歯科とその他の科()、薬局ごと、入院・外来ごとに領収書を分け、

領収書										
保険診療一部負担金 円					(食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を除く。)					
診療年月		入院	入院外	診療実日数	点表	県コード	医療機関コード			
年	月	1	2	日						
保険診療総点数					点	他法分点数				点
(証明日)					所在地					
令和 年 月 日					名称					
(領収日)					氏名					
令和 年 月 日					電話番号					
医療機関等					様					
注 1 他法分点数欄には、公費分点数がある場合に再掲でその点数を記入してください。										
注 2 点数で記入できない場合は、金額で記入してください。(この場合は、必ず「円」と記入してください。)										

※処理欄	備考	No.
------	----	-----

(川越市保健医療部 高齢・障害医療課)

・申請書の提出は、高齢・障害医療課(郵送可)、各市民センター又は川越駅西口連絡所にて承ります。