※　健康保険や振込先口座が変わったときは、必ず市役所に届け出てください。

1 新規　受付日　年　月　日

受付No.

申請者記入欄

重度心身障害者 障□
子ども（乳幼児） 子□
ひとり親家庭等 親☑
子ども（小・中学生） 子□

医療費支給申請書

（あて先）　川口市長

申請者（受給資格者）
住所　川口市　青木２－１－１
氏名　川口　花子
電話　048　（　258　）　1110

受給者（医療を受けたひと）	受給者番号	1 2 3 4 5 6 7	使用した保険証	記号・番号（被保険者番号） 1234・5678
	フリガナ	カワグチ　タロウ		被保険者等の氏名 川口　花子
	氏名	川口　太郎　（男）・女		保険者番号 1 1 0 0 3 1
	生年月日	大・昭・（平）・令　23年　4月　1日生		（保険者（交付者）の名称　川口市）
				☑ 国民健康保険　□ 全国健康保険協会
				□ 健康保険組合　□ 共済組合　□ 後期高齢
申請する診療年月	平・（令）　5年　1月分の診療（調剤）について申請いたします。			

医療機関等記入欄

上記受給者の支給対象医療費について、次のとおり証明します。

5 平成　6 令和　年　月分　0 外来（調剤）　1 入院

診療実日数　日

保険診療（調剤）総点数	保険診療一部負担金額
（ただし、入院時食事療養費は含まない。※保険適用外は記入しないでください。）（柔道整復の診療の場合は総医療費を記入してください。）	
点	円

診療日

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

年　月　日

処方元医療機関名（院外薬局の方は記入してください。）

医療機関等の
所在地
名称
氏名

公費負担分点数
結核・更生・育成・精神・特定
点

高額限度額証
ア・イ・ウ・エ・オ

診療科目
（総合病院のみ記入）
□1 内科
□2 外科
□3 整形外科
□4 産婦人科
□5 眼科
□6 耳鼻科
□7 泌尿器科
□8 小児科
□9 皮膚科
□21 歯科
□0 その他
（　科）

※　申請者（受給資格者）の方へ
・申請者記入欄にもれなく記入し、市内の医療機関等で受診された場合は、証明を受けて医療機関等に提出してください。
市外の医療機関等で受診された場合は、領収書の添付または証明を受けて市役所に提出してください。
・申請書は、医療機関等、診療月、入院、外来ごとに、それぞれ別に作成してください。
・保険の使えないものは対象外です。（健診、予防注射、容器代、室料差額、証明書料等）
・保険から支払われる高額療養費、付加給付金等は除いて支給されます。
※　医療機関等の方へ
・レセプトごとにそれぞれ別の用紙を使用してください。
・接骨・整骨院等、医療費を点数化できないときは、保険診療（調剤）総点数欄に総医療費を記入してください。
・公費負担分点数欄には、結核法等により支給の対象となる公費負担に相当する保険点数を記入してください。

担当課処理欄

診療区分						医療機関コード	高額設定	区分	食事	
5平 6令	年	月	入外	診療	日	点				日

自己負担額から　円控除　円未満切捨て　円未満不支給　本・家

医療費総点数	一部負担金	薬剤一部負担金	一部負担金計
点			

他法負担金	高額療養費	付加給付金	条例第６条	保険診療分計	食事療養費	助成額合計
					円	

川口市

リサイクル適性Ⓐ
この印刷物は、印刷用の紙へリサイクルできます。