

※ 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。

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(小学生以上) 子□

(あて先) 川口市長

医療費支給申請書

住所 川口市

申請者

氏名

電話 ()

Medical insurance application form with fields for recipient number, name, birth date, and insurance details.

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。

Insurance claim summary table with columns for outpatient/inpatient status, total points, and insurance burden amount.

Treatment date grid from 1 to 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。)

Medical institution details including address, name, and doctor's name.

公費負担分点数 (結核・更生・育成・精神・特定)

高額限度額区分 (ア・イ・ウ・エ・オ)

診療科目

(総合病院のみ記入)

- Checkboxes for medical specialties: 1 Internal, 2 External, 3 Plastic Surgery, 4 Obstetrics/Gynecology, 5 Ophthalmology, 6 ENT, 7 Urology, 8 Pediatrics, 9 Dermatology, 21 Dentistry, 0 Other.

- Notes for applicants and medical institutions regarding document submission and insurance details.

担当課処理欄

Administrative processing table with columns for treatment period, points, medical institution code, and high-cost setting.

Summary table showing financial breakdown: self-payment, insurance coverage, and out-of-pocket costs.