

申請者記入欄

重度心身障害者 障口
子ども(乳幼児) 子口
ひとり親家庭等 親口
子ども(小学生以上) 子口

(あて先) 川口市長

医療費支給申請書

住所 川口市 青木2-1-1

申請者

氏名 川口 花子

電話 048 (258) 1110

医療を受けたひと	受給者番号	1 2 3 4 5 6 7	加入医療保険	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		保険者番号	1 1 0 0 3 1
	生年月日	大・昭・平・令 21年4月1日生		〔保険者(交付者)の名称 川口市 <input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢	
申請する診療年月	令和 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。

6 令和 年 月分	0 外来(調剤)	保険診療(調剤)総点数	保険診療一部負担金額
診療実日数 日	1 入院	(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。) (医療費を点数化できない場合は総医療費を記入してください。)	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

高額限度額区分

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、それぞれ別で作成してください。
- 健康保険適用外のもの是对象外です。(健診代、予防接種代、文書料、入院時の食事代、ベッド代、介護保険利用分、証明書料等)
- 健康保険組合等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。
- 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	入外	診療日	点	医療機関コード	高額設定	区分	食事	日
6 令 年 月								

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