

※ 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

住所 川口市

申請者(受給資格者)

氏名

電話 ()

(あて先) 川口市長

Table with columns for recipient number, name, sex, birth date, insurance type, and application 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。

Complex form for medical institution details including dates, insurance points, and medical codes.

- ※ 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、医療機関等で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)総点数欄は記入しないでください。
・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。

- 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)
医療機関区分
(老人保健法の一部負担金区分で数字に○をつけてください)
ア 病床数
1 診療所
2 病院(200床未満)
3 病院(200床以上)
イ 一部負担
1 定額(800円)
2 定率(1割)
ウ 薬剤処方
1 院内処方
2 院外処方

担当課処理欄

Table for processing details including medical district, dates, and financial breakdown of medical costs.