

心身障害者医療費(後期高齢者医療該当者用)支給申請書

令和 年 月 日

(あて先) さいたま市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号 ()

公費負担者番号		後 期 高 齢 者 医 療		
受給資格者番号		被保険者番号		
受給資格者	氏 名	保 険 者 番 号		
	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日	診療年月 入院・通院どちらかに○ 平成 年 月 入院 令和 年 月 通院

※ 太枠内は、受給資格者または申請者の方がご記入ください。
(1ヶ月単位で受診した各医療機関等ごと。入院・通院別に1枚ずつお使いください。)

証 明 書	入院区分	診療科						
<p>※ 証明書欄は領収書を紛失したなど申請時に領収書を添付できない場合、医療機関等に記入してもらってください。 ※ 他法負担点数欄は、さいたま市心身障害者医療費支給条例に定める以外の公費負担により支払われる額を点数で記入してください。</p>								
診療年月	平成 令和	年	月	入院	日	通院	日	
保険診療総点数				点	他法負担点数			点
保険診療分領収金額				円				
令和 年 月 日				住 所				
様				医療機関等 名称(氏名) ㊞				
				電話番号 ()				

県内外 区分	診療 区分	証レ 区分	課税 区分	本人 家族	高 額 療 養 費	附 加 給 付 額	自 己 負 担 額	支 給 額
						行政区	送付番号	

※診療を受けた翌月以降に、各区役所や支所、または市民の窓口申請してください。