

令和 2 年 4 月分 心身障害者医療助成費支給申請書(A)

		受付番号																
負担者番号		8	0	1	3	7	3	2	6	受給者番号		9	1	1	1	1	1	1
世帯主/被保険者氏名		町田 次郎						保険種別										
保険証記号番号		記号		12-34		番号		5678		国保 社保・後期高齢								
保険者名		町田市				保険者番号(右詰め)		0	0	1	3	8	3	2	1			
対象者	フリガナ	マキダ タロウ																
	氏名	町田 太郎																
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 40 年 10 月 20 日						性別		男・女								
入院外来の別		入院・外来		申請の種類		1.医科 2.歯科 3.調剤 4.補装具 5.施術(マッサージ)												
診療等を受けた期間		平成・令和 2 年 4 月 1 日 ~ 15 日																
医療機関名		〇〇病院																
申請の理由		都外受診・証忘れ・証発行前受診・柔整・補装具・その他()																
振込先情報		金融機関 支店名 口座番号																
※本人名義(未成年は保護者でも可)																		

記入例

- 申請書は網掛け部分以外すべて記入し、選択肢は○で囲んでください。
- 振込先情報は初回の申請、又は変更が必要な場合のみ記入してください。
- 申請書は診療月ごとに1枚必要です。同月に複数受診した場合、2件目以降は申請書(B)を使用してください。ただし、医療機関名、入院外来の別、申請の種類がすべて同一のものは合算して1件としてください。

(例)〇〇病院の医科外来を令和2年4月1日、8日、15日にそれぞれ受診した場合、本記入例のとおり1件にまとめる。

上記の通り医療助成費の申請をします。

令和 2 年 6 月 1 日

町田市長 様

〒 194-0022 電話番号 042 (724) ****

対象者 住所 東京都町田市森野2-2-22

氏名 町田 太郎

〒 194-0022 電話番号 042 (724) ****

代行者 住所 東京都町田市森野2-2-22

氏名 町田 花子 (続柄 母)

(センター)受付印(障がい福祉課)	処理欄		
	/	/	/

注意事項:医療機関の領収書の**原本**が必要です。「一部負担あり」の方や、自費が含まれる場合は領収書原本に処理済スタンプを押して返却いたします。

令和2年4月分 心身障害者医療助成費支給申請書(B)

受給者番号	9	1	1	1	1	1	1	受給者氏名	町田 太郎
-------	---	---	---	---	---	---	---	-------	-------

2 件 目	受付番号/日付	医療機関名	△△病院						
		申請の種類	入院・外来	1.医科	2.歯科	3.調剤	4.補装具	5.施術(マッサージ)	
	令和2年4月5日	保険対象自己負担額	(-)一部負担金相当額	(-)高額療養費等	(=)医療助成費				
	～ 月 日								

3 件 目	受付番号/日付	医療機関名	▽▽薬局						
		申請の種類	入院・外来	1.医科	2.歯科	3.調剤	4.補装具	5.施術(マッサージ)	
	令和2年4月10日	保険対象自己負担額	(-)一部負担金相当額	(-)高額療養費等	(=)医療助成費				
	～ 月 日								

4 件 目	受付番号/日付	医療機関名	□□病院						
		申請の種類	入院・外来	1.医科	2.歯科	3.調剤	4.補装具	5.施術(マッサージ)	
	令和2年4月20日	保険対象自己負担額	(-)一部負担金相当額	(-)高額療養費等	(=)医療助成費				
	～ 月 日								

5 件 目	受付番号/日付	医療機関名							
		申請の種類	入院・外来	1.医科	2.歯科	3.調剤	4.補装具	5.施術(マッサージ)	
	年 月 日	保険対象自己負担額	(-)一部負担金相当額	(-)高額療養費等	(=)医療助成費				
	～ 月 日								

記入例

- ・同月で2件以上(医療機関名、申請の種類が同一のものは合算して1件となります)の場合、この様式を使用してください。
- ・医療機関名、日付を記入してください。
- ・申請の種類(入院外来の別)をそれぞれ○で囲んでください。

6 件 目	受付番号/日付	医療機関名							
		申請の種類	入院・外来	1.医科	2.歯科	3.調剤	4.補装具	5.施術(マッサージ)	
	年 月 日	保険対象自己負担額	(-)一部負担金相当額	(-)高額療養費等	(=)医療助成費				
	～ 月 日								

この例ではすべて別の医療機関ですが、同一の医療機関で外来が数回あるといった場合は合算して1件としてください。(日付は〇月△日～〇月□日としてください。)

7 件 目	受付番号/日付	医療機関名							
		申請の種類	入院・外来	1.医科	2.歯科	3.調剤	4.補装具	5.施術(マッサージ)	
	年 月 日	保険対象自己負担額	(-)一部負担金相当額	(-)高額療養費等	(=)医療助成費				
	～ 月 日								

1～7件 合計金額	
-----------	--

(注)

- 1 保険の療養費支給決定通知書又は領収書等を添えて申請してください。
なお、医療保険での付加給付のある人は必ず申し出てください。
- 2 対象者が未成年の場合は、国民健康保険の世帯主(組合員)又は社会保険の被保険者(組合員)が申請代行者となります。
- 3 口座振込の場合は、対象者以外の口座には振込できませんので注意してください。
- 4 保険者番号は右詰めで、記入してください。
- 5 申請書の記入漏れがないようにお願いします。