

- ・請求の期限は、診療を受けた月の翌月から起算して2年です。
- ・支払時期は、原則、申請月の翌月末ですが、保険診療による医療費の自己負担分が高額な場合など領収書の内容によっては4か月以上かかります。

受付印

領収書原本(受診者氏名、保険点数、診療日数、金額が記載されたもの)を添付してください。添付書類の詳細は、裏面を参照してください。

医療費支給申請書兼請求書

太枠の中を記入してください。書き方見本は裏面にあります。

窓口受付担当者:

負担者番号(市町村番号)									
受給者番号									
受給者	氏名			フリガナ			生年月日		
	住所			〒					
加入医療保険の世帯主 または被保険者の氏名		続柄			保険者番号				
被保険者証の記号番号		記号			番号			保険加入日	
支給金 振込 指定先	ゆうちょ銀行をご指定の場合は、ゆうちょ銀行以外の金融機関からの振込用の店名、口座番号、 預金種類をご記入ください。支店名(店番):3桁、口座番号:7桁								
	金融機関名 支店名		銀行・信用金庫 信用組合・農協・漁協			本店(所) 支店(所)		預金 種類	1.普通預金 2.当座預金
	口座番号		フリガナ						
	金融機関コード		本・支店(所) コード		通帳名義人 氏名				
相模原市からの支払金は、上記の預金口座への振込の方法によりお支払ください。また、申請及び請求者と口座名義人が異なる場合には、上記の口座名義人を代理人とし、上記指定口座への振込をもって相模原市からの支払金の受領と認めます。									
上記のとおり医療費の支給申請及び支給額の請求をします。 なお、当該支給額の算定にあたり、必要がある場合においては、医療機関、保険者等へ問い合わせることを承諾します。									
年 月 日			相模原市(緑区・中央区・南区)						
申請及び請求者 (受給者本人)			住所						
相模原市長あて (未成年者は 保護者名)			電話 ()						
			氏名 (印)						
			(対象者との続柄) 自署の場合は押印不要						
あんま・マッサージ、はり・キウ施術業者の代理人口座への振込みの場合は以下に代理人住所、代理人氏名を記入ください。 代理人住所 代理人氏名(代表者名)									
(連絡先:)									

事務処理欄									
診療期間	年 月 ~		診療期間	年 月 ~		診療期間	年 月 ~		
	年	月	年	月	年	月	年	月	
負担割合	割		負担割合	割		負担割合	割		
本家区分	1: 本人 2: 家族		本家区分	1: 本人 2: 家族		本家区分	1: 本人 2: 家族		
入外区分	1: 入院 2: 外来		入外区分	1: 入院 2: 外来		入外区分	1: 入院 2: 外来		
種類	1.医科 2.歯科 3.調剤 4.補装具 5.柔整 6.按摩 7.はり 8.移送 9.訪看 10.その他		種類	1.医科 2.歯科 3.調剤 4.補装具 5.柔整 6.按摩 7.はり 8.移送 9.訪看 10.その他		種類	1.医科 2.歯科 3.調剤 4.補装具 5.柔整 6.按摩 7.はり 8.移送 9.訪看 10.その他		
日数	日		日数	日		日数	日		
レセプト件数	件		レセプト件数	件		レセプト件数	件		
総医療費			総医療費			総医療費			
計算後 自己負担金額			計算後 自己負担金額			計算後 自己負担金額			
控除額	(高)	(他)	控除額	(高)	(他)	控除額	(高)	(他)	
控除額 合計			控除額 合計			控除額 合計			
一部 負担額			一部 負担額			一部 負担額			
助成 決定額			助成 決定額			助成 決定額			
備考	最新 有効期間		年 月 日		資格 取得日	年 月 日		証発行日	年 月 日