

流山市重度障害者医療費及び特定疾病者医療費請求書

年 月 日

(宛先)流山市長

住所

請求者 氏名

(受給者又は相続人)

(署名又は記名押印)

電話

流山市重度障害者医療費及び特定疾病者医療費の支給を受けたいので流山市重度障害者医療費及び特定疾病者医療費の支給に関する条例施行規則第6条第3項の規定により、関係書類を添えて請求します。

受給者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
手帳等種別 (該当する箇所に点を記入)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1級・2級 <input type="checkbox"/> 療育手帳(A)・A <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳2級 <input type="checkbox"/> 特定疾病		保険種別	国保・後期・社保
			診療月	年 月
			請求額	円

- この請求書は診療月ごとに必要です。
- 領収書は、1か月分をまとめて提出してください(月別に提出し、2か月分にまたがらないようにお願いします。)
- 原則、診療月の翌月末までに提出してください。
- レシート等の領収書の場合、医療費受領証明書又は当該レシートの空欄に氏名及び点数の記載をするよう保険医療機関にお願いしてください。
- ①70歳以上の方、②後期高齢者医療制度に加入の方及び③それ以外の方で21,000円以上の領収証のある方は、高額療養費及び付加給付金の(不)支給決定通知を添付して請求してください。ただし、流山市国民健康保険又は千葉県後期高齢者医療広域連合(保険者番号が39122205の場合に限る。)の健康保険証をお持ちの方は省略することができます。
- 健康保険証が変わった場合、変更届を提出してください。

市記入欄	階層	高額療養費 有 (円) ・ 無
------	----	----------------------