

重度心身障害者医療費請求書

平成 年 月 日

(宛先) 吉 川 市 長

住所

氏名 Ⓜ

電話・FAX

吉川市重度心身障害者医療費支給に関する条例第8条第1項の規定により、次のとおり請求します。

入院・外来・調剤の別について 該当する項目を○で囲む。	入院 ・ 外来 ・ 調剤	診 察 科	科
受給者証 記号番号	受給者氏名	生年月日	
総 医 療 費	円	高額療養費の額	円
一部負担金の額	円	付加給付の額	円
		助成請求額	円

領 収 書	入院 日	外来 日	
￥ _____ ただし、平成 年 月分の保険診療一部負担金（他法本人負担額 _____ 円を含む） ※食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は含まない。			
保険診療総点数	点	他法負担分点数	点
平成 年 月 日		医療機関所在地（住所）	
		名 称	
..... 様		氏 名 Ⓜ	

- 注 1 上部請求書欄は、申請者が記入してください。
 注 2 下部領収書欄は、医療機関等で記入してください。
 注 3 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	主 任	係	受 付	年 月 日
						処 理	年 月 日
						支 給	年 月 日
特 記							

※加入保険等に変更があったときは、速やかに届出をしてください。