

重度心身障害者医療費請求書

平成**27**年 **1**月 **5**日

(宛先) 吉川市長

住所 **吉川市吉川2-1-1**

**重度心身障害者医療費受給者証の
記号番号を記入してください。**

氏名 **吉川 太郎** (印)

電話・FAX **982-5111**

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 <input type="radio"/> 外来 <input checked="" type="radio"/> 調剤	診 察 科	内 科	
受給者証 記号番号	8200001	受給者氏名	吉川 太郎	生年月日	S17.1.1
総医療費	円	高額療養費の額	円	一部負担金の額	円
記入する必要はありません					
付加給付の額	円	付加給付の額	円	付加給付の額	円

領 収 書		入院 日	外来 日
円 記入する必要はありません (円を含む) ※食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を算入しない。			
領収書の原本を、紛失等で添付できないときに、 医療機関で証明をしていただく欄です。			
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。
 2 下部領収書欄は、医療機関等で記入してください。
 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。