

重度心身障害者医療費請求書

年 月 日

(宛先) 吉 川 市 長

住所

氏名

⑩

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。

受給者証 記号番号 (7ケタ)		受給者 氏名		生年月日	
-----------------------	--	-----------	--	------	--

注1 上部欄は、受給者（申請者）が記入してください。

※ 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。

総医療費	円	附加給付の額	円	助成請求額	円
一部負担金の額	円	高額療養費の額	円		

注2 下部領収書欄は、医療機関等が記入してください。

注3 他法負担分点数欄は、公費負担でかかった点数を記入してください。

	入院 日	外来 日
領 収 書		
¥ _____		
ただし、____年 月分の保険診療一部負担金(長負担額・公費負担額 _____ 円含む)		
※自費分、食事療養標準負担額または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	
領収日	年 月 日	医療機関所在地（住所）
		名 称
(受診者)	様	氏 名
		⑩

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							