

重度心身障害者医療費請求書

年 月 日

小川町長 宛て

住所
氏名 (印)
(電話)

下記のとおり小川町重度心身障害者医療費支給に関する条例第8条の規定に基づき請求します。併せて医療費の支給認定にあたり必要があるときは、保険者その他公官署等に高額療養(医療)費、付加給付、他法負担分等を照会することに同意します。

一部負担金の額	円	附加給付の額	円	助成請求額	円
内訳 保険診療	円				
その他	円	高額療養費の額	円		

受給者	受給者証番号		加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者氏名	
	ふりがな			記号番号	
	氏名			名称	
	生年月日	年 月 日			

入院 日 外来・調剤 日

領 収 書

¥ _____ (診療科 _____ 科)
 ただし、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
---------	---	---------	---

年 月 日

様

医療機関等所在地(住所)
名称
氏名 (印)

- 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。