

重度心身障害者医療費請求書

小川町長宛て

受給者の名前と住所を記入します。名前の隣には必ず押印をしてください。

●●年 ●●月 ●●日

住所 小川町●●●●●●●●  
氏名 小川 太郎 (印)  
(電話 ●●-●●●●●●)

加入医療保険の欄は自分の保険証を見ながら記入してください。

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。伊  
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  
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
国民保険診療	円			
その他	円	高額療養費の額	円	

受給者の欄は受給者証を見ながら記入してください。

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

医療機関の発行した領収書をこの欄に添付してください。(クリップ又はホッチキス留め。のり厳禁)

領収書に「氏名」、「保険点数」、「一部負担金」、「診療月」、「領収印」などが入っていない場合はこの欄に証明をもらってください。