

重度心身障害者医療費請求書

平成 年 月 日

横瀬町長 様

住所

氏名



(電話

)

下記のとおり横瀬町重度心身障害者医療費に関する条例第8条第1項の規定に基づき請求します。

入院・外来・調剤		診療科	科		
一部負担金の額	円	円	助成請求額	円	
内訳 保険診療	円				
その他	円				
受給者	受給者証 記号番号	加入 医療 保険	世帯主・被保険者 組合員の氏名		
	ふりがな 氏名		記号番号		
	生年月日		名称		
	明大 昭平		年	月	日

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(他法本人負担額 _____ 円を含む)					
保険診療総点数	点	他法負担分点数	点		
_____ 年 月 日 様 医療機関所在地(住所) 名称 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	副課長	リーダー	主 査	担 当	受 付	年	月	日
						支 給	年	月	日