

様式第5号(第5条関係)

横瀬町重度心身障害者医療費請求書						年 月 日
横瀬町長 様				住所 氏名 (印) (電話)		
下記のとおり、横瀬町重度心身障害者医療費支給に関する条例第8条第1項の規定に基づき請求します。						
記						
一部負担金の額		円	附加給付 の額 高額療養 費の額	円	助成 請求 額	円
内訳 保険診療		円				
入院時食事療養標準負担額等		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・加入 者氏名	
	ふりがな 氏名				記号番号	
	生年月日	明大 昭平	年 月 日		名 称	

領 収 書				入院 日	外来 日
¥ _____ 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。) 入院時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
¥ _____ (算定食数 _____ 食) ただし、入院時食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額のうち食費負担額 _____ 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。

決 裁					受 付	年 月 日
					支 給	年 月 日