

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		年 月 日	名 称

	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 (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	課 長				担 当	受 付	年 月 日
						支 給	年 月 日