

重度心身障害者医療費請求書

年 月 日

横 瀬 町 長 様

医療機関等所在地(住所)

名 称

氏 名

(電 話

印

)

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2項の規定により、下記受給者に係る一部負担金等を請求します。

請求金額

円

	受給者記号番号	診療月	受給者名	加入医療保険	入院・外来の別	日数	診療科	総点数	一部負担金等の額
1				1国保・2退本・3退扶 4社本・5社扶・6後	入・外			( )	( )
2				1国保・2退本・3退扶 4社本・5社扶・6後	入・外			( )	( )
3				1国保・2退本・3退扶 4社本・5社扶・6後	入・外			( )	( )
4				1国保・2退本・3退扶 4社本・5社扶・6後	入・外			( )	( )
5				1国保・2退本・3退扶 4社本・5社扶・6後	入・外			( )	( )
6				1国保・2退本・3退扶 4社本・5社扶・6後	入・外			( )	( )
7				1国保・2退本・3退扶 4社本・5社扶・6後	入・外			( )	( )
8				1国保・2退本・3退扶 4社本・5社扶・6後	入・外			( )	( )
9				1国保・2退本・3退扶 4社本・5社扶・6後	入・外			( )	( )
10				1国保・2退本・3退扶 4社本・5社扶・6後	入・外			( )	( )

● 総点数・一部負担金等の額欄( )には、他法負担がある場合に、再掲でその点数を記入してください。

● 加入医療保険欄の該当保険を○で囲んでください。

振込先

金融機関名		本・支店名	
種 別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			