

重度心身障害者医療費請求書

年 月 日

杉戸町長 あて

住 所
氏 名
電話番号



下記のとおり杉戸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。

入院・外来・調剤の別				診 療 科	科	
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				
そ の 他		円				
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 氏 名				記 号 番 号	
	生年月日	明 大 昭 平	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) 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 あて 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						受 付	年 月 日
						支 給	年 月 日