

# 記入例

様式第4号(第5条関係)

重度心身障害者医療費請求書	
●●年▲▲月××日	
杉戸町長	あて
住所	杉戸町清地2-9-29
氏名	杉戸 花子
電話番号	0480-33-1111
(印) 杉戸	
記入日と記入者の情報を記入してください。	
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	付加給付の額		
内訳		額療養費の額	円	助請
受給者証番号	1234567	加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者氏名	杉戸 太郎
ふりがな氏名	すぎと はなこ 杉戸 花子	記号番号		123-1234
生年月日	昭和50年 1月 1日	名称		〇〇健康保険組合

オレンジ色の受給者証の情報を記入してください。

健康保険証の情報を記入してください。

入院 日(期間 年 月 日～ 年 月 日)	外来 日
領 収 書	
¥	
ただし、年 月分の保険料(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	他法負担分 数 点
または	
年 月 日 (受給者) 医療機関で証明を受けてください	
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					受 付	年 月 日
裁					支 給	年 月 日

※月ごと(医療と歯科は別)、入院・外来ごとに、請求書を1枚ずつ提出してください。