

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	付加給付の額		
内訳 保険診療		円	療養費額		
その他				加入している保険の情報	円
受給者	受給者証番号	オレンジ色の受給者証の内容		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	年 月 日	加入医療保険	名称	

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		
(受給者) 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