

## 記入例

## 重度心身障害者医療費請求書（精神通院医療費）

年 月 日

杉戸町長 あて

住 所 杉戸町清地2丁目9番29号  
 氏 名 杉戸 太郎  
 電話番号 0480-33-1111

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。

外来・調剤の別		自立支援医療							
内 むらさき色の受給 者証の内容を記入 してください。	円	附加 高額	加入している医療保険 の情報を記入してください。				請求額 円		
	円								
	円								
受 給 者	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 一郎			
	ふりがな	すぎと たろう			記 号 番 号	1234-9876543			
	氏 名	杉戸 太郎			名 称	〇〇健康保険組合			
	生年月日	昭 平 令	10年 1月 1日						

			外来 日	
領 収 書				
¥ (内 自立支援医療 (公費21) ¥ )				
ただし、 年 月分の保険診療一部負担金				
保険診療 総点数	点	内 自立支援医療適用の診療分 A		点
		内 その他の診療分 (内科等) B		
上記 A欄 の点数の内、 自立支援医療 (公費21) の負担分点数				点
年 月 日				
医療機関等所在地 (住所) 様 名称 氏名				

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。

決 裁					受 付	年 月 日
					支 給	年 月 日