

重度心身障害者医療費請求書

年 月 日

嵐山町長 佐久間 孝光 様

住所

氏名

(電話 -)

下記のとおり、嵐山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。

一部負担金の額	円	附加給付の額	円	助成請求額	円		
内訳 保険診療	円						
食事療養 標準負担額	円					高額療養費の額	円
その他	円						
受給者	受給者証 記号番号	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 年 月 日	名 称			
			昭・平				

注) 上部請求書欄は、申請者が記入して下さい。

		入院 日	外来 日										
領 収 書													
〒 _____ ただし、 年 月分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										
〒 _____ (算定数 食) ただし、食事療養標準負担額													
年 月 日		医療機関等所在地（住所）											
様		名 称											
		氏 名											
		印											
		医療機関コード											
		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											

注) 1. 上部領収書欄は、医療機関等で記入して下さい。
 2. 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	認定者	課 長		担 当	受 付	年 月 日
					支 給	年 月 日