

重度心身障害者医療費請求書

年 月 日

蕨市長あて

住所 蕨市

氏名

電話 ()

蕨市重度心身障害者医療費の助成に関する条例第8条第1項の規定により、下記のとおり請求します。

一部負担金の額	円	附加給付の額	円	支給決定額	円
内訳					
保険診療一部負担金	円	高額療養費の額	円		
外来薬剤一部負担金	円				
その他	円				
受給者	受給者番号	加入医療保険	被保険者・組合員氏名		
	ふりがな		記号番号		
	氏名		名称		
	生年月日		大・昭・平・令	年	月

* 保険証などが変わったときは、市役所へ届け出てください。

入院 日 外 来

領 収 書

年 月分

保険診療一部負担金 円
(他法本人負担額 円を含む。外来薬剤一部負担金並びに食事療養費標準負担額及び生活療養費標準負担額は含まない。)

外来薬剤一部負担金 円

その他(自費分) 円

保険診療総点数	点
他法負担分点数	点

医療機関等所在地(住所)

名称

様

代表者

印

電話番号

- 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。