

重度心身障害者医療費請求書

平成 年 月 日

吉見町長 様

住所 吉見町大字

氏名 (印)

(電話)

下記のとおり吉見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	付加給付の額	円	助成請求額	円
内訳 保険診療	円		円		
外来薬剤一部負担金	円	高額療養費の額	円		
入院時食事標準負担額	円				
その他	円				
受給者	受給者証番号	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		年 月 日	名称	

	入院 日	外来 日				
領 収 書						
<p>¥ _____</p> <p>ただし、平成 年 月分の保険診療一部負担金 (他法本人負担額 円を含む。) 外来薬剤一部負担金及び入院時食事療養標準負担額は含まない。</p>						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">保険診療総点数</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">点</td> <td style="width: 40%;">他法負担分点数 (結核予防法等)</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">点</td> </tr> </table>	保険診療総点数	点	他法負担分点数 (結核予防法等)	点		
保険診療総点数	点	他法負担分点数 (結核予防法等)	点			
<p>¥ _____</p> <p>ただし、外来薬剤一部負担金</p> <p>¥ _____ (算定日数 日)</p> <p>ただし、入院時食事療養標準負担額</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関等所在地 (住所)</p> <p style="text-align: center;">名称</p> <p style="text-align: center;">様 氏名 (印)</p>						

- 注1 上部請求書欄は、申請者が記入して下さい。
- 2 下部領収書欄は、医療機関等で記入して下さい。
- 3 他法負担分点数欄は、結核予防法等公費負担で支払われる額を記入して下さい。