

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

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				
その他	円	高額療養費の額	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	昭和 平成 年 月 日		名称	

	入院 日	外来 日
領 収 書		
円 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		
医療機関等所在地(住所) 名称 氏名 印 様		

- 注 1 上部請求書欄は、申請者が記入して下さい。
- 注 2 下部領収書欄は、医療機関等で記入して下さい。
- 注 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下さい。