

重度心身障害者医療費請求書

平成 年 月 日

長瀬町長 様

住所 長瀬町大字 番地

氏名 (印)
(☎ - -)

下記のとおり長瀬町重度心身障害者医療費に関する条例第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 高額療養費の額	円	助成請求額	円
内訳 保険診療		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 組合員の氏名		
	ふりがな 氏名			記号番号		
	生年月日			年 月 日		

	入院	日	外来	日
<h2 style="margin: 0;">領 収 書</h2>				
〒 _____ ただし、平成 年 月 日分の保険診療一部負担金（他法本人負担額 _____ 円を含む）				
保険診療総点数	点	他法負担点数 (結核予防法等)	点	
平成 年 月 日 様 医療機関所在地（住所） 名称 氏名 (印)				

- 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 他法負担点数欄は、結核予防等公費負担で支払われる額を点数で記入してください。
※領収書の貼付は裏面をお願いします。

決 裁	課長	主幹	主査	合議	担当	受付	年 月 日
						支給	年 月 日