

送付番号

重度心身障害者医療費請求書

春日部市長 あて

年 月 日

請求者 住 所 春日部市

氏 名

電話番号 ()

次のとおり、春日部市重度心身障害者医療費助成に関する条例第8条第1項の規定により請求します。

入院・外来・調剤の別	入院 ・ 外来 ・ 調剤	診療科	
一部負担金の額	円	高額療養費の額	円
内 保険診療	円	付加給付の額	円
訳 その他	円		
		助成請求額	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	
	フリガナ			保険証記号番号	
	氏 名			保 険 者 名 称	国保・健保・共済 後期・協会
	生年月日	年 月 日		保 険 者 番 号	

入院 日 外来 日

領 収 書

保険診療総点数		点	他法負担点数		点
ただし、	年 月分	保険診療総点数	他法本人負担金		円

保険診療分領収金額 円

- ・ 食事療養標準負担額及び生活療養費標準負担額は含まない。
- ・ 他法負担点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

年 月 日 医療機関等 所在地（住所）

名 称

氏 名

電話番号 ()

様

印

医療機関コード

- (注) 1 請求者は、**太枠内のみ**記入してください。
 2 請求書は次のとおり作成してください。

- ① 受診月ごとに作成する。
- ② 医療機関ごとに作成する。1つの医療機関で歯科を含む複数の診療科を受診した場合、歯科の受診分は、もう1枚用紙を使い別に請求する。
- ③ 入院・外来は分けて作成する。

県内外 区 分	診 療 区 分	証 レ 区 分	