

記入例

送付番号

重度心身障害者医療費請求書

※ 原則、受給者が請求者となります。

しかし、受給者が未成年等の場合は、保護者等が請求者となります。

平成31年1月11日

請求者 住所 **春日部市中央6-2**

氏名 **春日部 太郎**

電話番号 **048 (736) 1111**

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

入院・外来・調剤の別	入院・外来・調剤	診療科	科
一部負担金の額	円	高額療養費の額	円
内訳	円	付加給付の額	円
保険診療	円	助成請求額	円
その他	円		

受給者	受給者証番号	4001234	加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者氏名	春日部 太郎
	フリガナ	カスカベ ハナコ		保険証記号番号	614-999999999
	氏名	春日部 花子		保険者名称	埼玉県(春日部市) <small>国保・健保・共済 後期・協会</small>
	生年月日	平成26年10月1日		保険者番号	00110148

入院 日 外来 日

領 収 書

保険診療総点数		点数
ただし	この領収書欄は、 領収書を紛失 した場合等に医療機関で証明を受けた上で、提出して下さい。 ※ 証明手数料がかかる場合があります。	
保険診療分		円

- ・ 食事療養標準負担額及び生活療養費
- ・ 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。

注意事項

- (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・医療機関ごと・入通院ごとに各1枚**必要です。
 ② 1医療機関で歯科を含む複数の診療科を受診した場合は、**歯科の診療分としてもう1枚**作成してください。

- 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。

レ分