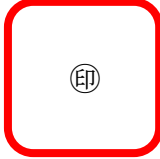


重度心身障害者医療費請求書 (入院・**外来**)

平成**31**年**1**月**11**日

春日部市長 あて

所在地(住所) **春日部市中央6-2**  
名称 **かすかべ鍼灸整骨院**  
医療機関等 診療科名 **鍼灸・整骨**  
氏名 **春日部 太郎**  
電話番号 **048 (736) 1111**



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2項の規定により、次の受給者に係る保険診療の一部負担金を請求します。

請求金額 **2,200** 円

			医療機関コード			
※送付番号	診療年月	受給者氏名	日数	総点数	一部負担金の額	備考
受給者証番号		生年月日				
<b>4012345</b>	<b>H30</b> 年 <b>12</b> 月	<b>春日部 藤子</b> <b>S26・10・1</b>	<b>4</b>	<b>400</b> ( )	<b>1,200</b> ( )	
<b>5012345</b>	<b>H30</b> 年 <b>12</b> 月	<b>庄和 一郎</b> <b>S2・4・5</b>	<b>10</b>	<b>1,000</b> ( )	<b>1,000</b> ( )	
	年 月	・ ・		( )	( )	
	年 月	・ ・		( )	( )	
	年 月	・ ・		( )	( )	
	年 月	・ ・		( )	( )	
請求	合計	<b>2</b> 件			<b>2,200</b> 円 ( )	

**注意事項**

- ・必ず「療養費支給申請書(写)」の添付をお願いします。
- ・診療年月・生年月日は、和暦で記入してください。

(注) 1 総点数欄 ( ) には、他法負担がある場合に、再掲でその点数を記入してください。  
2 ※は記入不要です。