

送付番号

重度心身障害者医療費請求書

春日市長 あて

令和 年 月 日

請求者 住 所

氏 名

電話番号 ()

下記のとおり、春日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。なお、高額療養費及び付加給付金等の支給状況を市が受給者に代わって調べる必要があるときは、保険者及び関係機関に確認することを承諾します。

職員記入欄	高額療養費の額	円	付加給付金の額	円
受 給 者	受給者証番号		世帯主・被保険者・組合員・加入者氏名	
	フリガナ		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	S・H・R 年 月 日	保険者番号	
学校等での授業・行事・部活動、又は交通事故によるけがや疾病の医療費ですか。				はい・いいえ
請求額が 21,000 円以上の場合 (※70 歳以上は 8,000 円)	この請求分と同じ月に、1か所の医療機関等に保険診療分の医療費を 21,000 円 (※) 以上支払った家族がいますか。			はい・いいえ

入院 日 外来 日

領 収 書

保険診療総点数

点

他法負担分点数

点

ただし、R 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。

年 月 日 医療機関等 所在地(住所)

名 称

様

氏 名

電話番号

()

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	証分区