様式第８号（第５条関係）

|  |
| --- |
| **重度心身障害者医療費請求書（ 入院 ・ 外来 ）**令和　　 年　　 月　　 日　　春日部市長　あて 所 在 地（住所） 　　　　　　 名　　称 　　 現物給付対象医療機関等 　 診療科名 　　 氏　　名 　　 印 電話番号 　　　（　　　　）　　　　　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　　　 　　　 　　　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 |
| 　 | 　　　年　　月 |  |  |   （ ） |   （ ） |  |
| 　 | 　　　　・　　・　　 |
| 　 | 　　　年　　月 |  |  |   （ ） |   （ ） |  |
| 　 | 　　　　・　　・　　 |
| 　 | 　　　年　　月 |  |  |   （ ） |   （ ） |  |
| 　 | 　　　　・　　・　　 |
| 　 | 　　　年　　月 |  |  |   （ ） |   （ ） |  |
| 　 | 　　　　・　　・　　 |
| 　 | 　　　年　　月 |  |  |   （ ） |   （ ） |  |
| 　 | 　　　　・　　・　　 |
| 　 | 　　　年　　月 |  |  |   （ ） |   （ ） |  |
| 　 | 　　　　・　　・　　 |
| 　 | 　　　年　　月 |  |  |   （ ） |   （ ） |  |
| 　 | 　　　　・　　・　　 |
| 　 | 　　　年　　月 |  |  |   （ ） |   （ ） |  |
| 　 | 　　　　・　　・　　 |
| 　 | 　　　年　　月 |  |  |   （ ） |   （ ） |  |
| 　 | 　　　　・　　・　　 |
| 　 | 　　　年　　月 |  |  |   （ ） |   （ ） |  |
| 　 | 　　　　・　　・　　 |
| 請求 | 合　　　計 |  件 |  |  |   円（ ） |  |

　（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。