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。