

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	・ ・		()	()	
	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。