

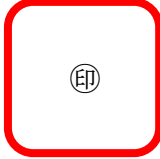
記入例

重度心身障害者医療費請求書（入院・**外来**）

令和〇年1月11日

春日部市長 あて

所在地(住所) **春日部市中央7-2-1**
 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) 1131**



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

※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				
4012345	RO年12月	春日部 藤子 S26・10・1	4	400 ()	1,200 ()		
5012345	RO年12月	庄和 一郎 S2・4・5	10	1,000 ()	1,000 ()		
	年 月	・ ・		()	()		
	年 月	・ ・		()	()		
請求	合計		2件		2,200 円 ()		

注意事項

- ・「療養費支給申請書（写）」の添付をお願いします。
 （施術所名、施術日数、総医療費の額、一部負担金の額の記載があれば、任意の様式でも差し支えありません。）
- ・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。