様式第７号（第１４条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ひとり親家庭等医療費請求書  年　　 月　　 日  春日部市長　あて  所在地  現物給付対象医療機関等 名称  氏名 　　 　　　　　　　　印  電話番号　　　　（　　　　）  春日部市ひとり親家庭等医療費助成に関する条例施行規則第１４条第２項により、下記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 | 受診者氏名 | 日数 | 総点数 | | | | 一部負担金  の額 | | | | | 備考 | | | |
| 受給者番号 | | | | | | | 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　他法負担がある場合は、「備考」欄にその点数を記入してください。

２　※は記入不要です。