

ひとり親家庭等医療費請求書						
年 月 日						
春日部市長 あて						
現物給付対象医療機関等						
所在地 名称 氏名 電話番号 () 印						
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 1 4 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。