

ひとり親家庭等医療費請求書

令和 ○年 ○月 ○日

春日部市長 あて

現物給付対象医療機関等

所在地 **春日部市中央6-2**

名称 **春日部良夫接骨院**
氏名 **春日部 良夫** 印
電話番号 **048 (736) 1111**

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 5,279 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										
2500000	H・R 5年 1月	春日部 花子 S・H・R 55・6・23	1	525	1,575							
2599999	H・R 5年 1月	庄和 一郎 S・H・R 20・11・2	8	1,235	3,704							
	H・R 年 月	S・H・R . .										
	H・R 年 月	S・H・R . .										
	H・R 年 月	S・H・R . .										
	H・R 年 月	S・H・R . .										
総医療費を5,251円とした場合 総医療費を12,345円とした場合												
・必ず「柔道整復施術療養費支給申請書（写）」の添付をお願いします。 ・診療年月日及び生年月日は、和暦で記入してください。 ・こども医療費とひとり親家庭等医療費で記入の仕方は共通ですが、<u>用紙が異なります</u>のでご注意ください。												
	H・R 年 月	S・H・R . .										
請求	合計	2件			5,279 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。