

重度心身障害者医療費請求書（後期高齢者用）

年 月 日

(宛先)富士見市長

住 所

氏 名

電 話

次のとおり、富士見市重度心身障害者医療費支給に関する条例第8条第1項の規定により請求します。

受給者氏名	
受給者生年月日	年 月 日
受給者番号	

総請求金額

円

外 来	2 外来 3 歯科 4 調剤 6 訪問看護 7 柔道整復	受診年月	医療機関名	一部負担金	1 県内 2 県外
			年 月		
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			
			小 計	円	

入 院		入院年月	医療機関名	日数	一部負担金	食数	食事療養費	計	1 県内 2 県外
		1	年 月						
	1	年 月							
	1	年 月							
			小 計		円		円	円	