

重度心身障害者医療費請求書

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。

受給者番号		加入医療 保険名称	名称	
フリガナ			保険種別	協・組・共・国
氏 名		記号・番号		
生年月日	年 月 日	申 請 額	円	

医療機関等証明欄			
診療年月 ____年 ____月診療分	区分 1 入院・2 外来 3 歯科・4 調剤 5 その他・6 訪問看護 7 柔道整復 診療科 (_____)		
点数	日数 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 日		
保険診療総点数 _____ 点 ※うち他法負担分点数(_____ 点)	保険診療窓口負担額 _____ 円 (食事療養費を除く。)		
____年 ____月 ____日	食事療養標準負担額 ____食分 _____ 円を領収しました。		
____様	医療機関所在地 名 称 氏 名		

市 処 理 欄	支給相当額	高額療養費限度額	附加給付額	支 給 額	1 県内 2 県外
	円	円	円	円	証明書 <input type="checkbox"/>