

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 | 名称 | |
| ふりがな | | 保険名称 | 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・8 補装具 | 日数 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 日 |
| 点数 | | | | | | |
| 保険診療総点数 | 点 | 保険診療一部負担金 | 円 | | | |
| ※うち他法負担分点数(点) | | | | | | |
| 年 月 日 | 食事療養標準負担額・生活療養標準負担額(居住費除く) 食分 円を領収しました。 | | | | | |
| 医療機関コード | 医療機関所在地 | | | | | |
| 様 | 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 |
| | 円 | 円 | 円 | 円 |

1 県内 2 県外

証明書