

※医療機関等の領収書を添付して診療月の翌月以降に提出してください。

※領収書は請求書と別れないようにホチキスで留めて提出してください。

※領収書の原本を提出できない場合は、原本とともに写しを提出してください。確認印を押印の上、原本を返却します。

記入例

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

申請する方の氏名・連絡先を
ご記入ください。

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	富士見 太郎
受給者生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
受給者番号	3000000

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 8 補装具	受診年月	医療機関名 (医療機関コード)	一部負担金	1 県内 2 県外
		2	6年4月	〇〇病院 ()	2,200
	4	6年4月	〇〇薬局 ()	3,400	2
		年 月	()		
			小 計	5,600 円	

入 院	入院年月	医療機関名 (医療機関コード)	日数	一部負担金	食数	食事療養費・ 生活療養費(居 住費除く)	計	1 県内 2 県外
	1	6年3月	〇〇病院 ()	31	57,600	93	42,780	100,380
1	年 月	()						
1	年 月	()						
		小 計	31	57,600	93	42,780	100,380	