

※請求書の太枠内を漏らさず記入し、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。

※領収書は貼り付けずに提出してください。

※領収書の原本を提出できない場合には、領収書の写しを原本とともに提出してください。確認印を押して返却します。

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	受診年月	医療機関名	一部負担金	1 県内 2 県外
		2	4年4月	〇〇病院	2,200
	4	4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	日数	一部負担金	食数	食事療養費	計	1 県内 2 県外
	1	4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	