

※請求書の太枠内を漏らさず記入し、下欄の医療機関等の証明を受ける又は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。

※この請求書は、診療月ごと、医療機関（総合病院については診療科）ごとに、入院・外来を区別し、それぞれについて1枚ずつ記入してください。

記入例

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

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。

受給者番号	3000000	加入医療 保険名称	名称	富士見市
フリガナ	フジミ 知		保険種別	協・組・共・国
氏 名	富士見 太郎	記号・番号	F000 0000	
生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	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

日数

--	--

日

点数

診療科 ()

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。

医療機関所在地

名 称

氏 名

様