

この月にご家族で自己負担額が21,000円以上の方がいますか？

○をつけてください。 いる(名前) いない

様式第4号(第5条関係)

重度心身障害者医療費請求書

年 月 日

(宛先)八潮市長

住 所 八潮市

(申請者)氏 名

T E L ()

下記のとおり八潮市重度心身障害者医療費支給に関する条例第8条第1項の規定に基づき請求します。

一部負担金の額	円	付加給付の額 高額療養費の額	円	助成請求額 円						
内訳 保険診療	円									
入院時の食事標準負担額	円									
その他	円									
受 給 者					加 入 医 療 保 険					
受 給 者 番 号							記 号		番 号	
氏 名							保 険 者 番 号			
生年月日	昭 和 平 成 令 和	年	月	日	名	国保(組合) 全国健康保険協会 健保組合 共済組合 その他				
診 療 月	年 月 分				称					

注 上部請求書欄は、申請者が記入してください。

領 収 書		入院 日	外来
¥			
ただし、 年 月 分の保険診療一部負担金(他法本人負担額 円を含む。)			
入院時食事療養標準負担額及び生活療養費標準負担額は含まない。			
保険診療総点数	点	他法負担分点数	点
ただし、入院時食事療養標準負担額			
年 月 日		¥ (算定食数 食)	
医療機関所在地(住所)			
様		氏 名	
		印	

注1 領収書欄は、医療機関等で記入してください。(外来、入院のどちらかに○をつけてください。入院の場合は、日数も記入してください。)

2 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

県外区分	診療区分	公費区分	確認区分	結核区分	食事区分	医 療 機 関 区 分	保 険