

後期高齢者

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								被 保 険 者 番 号								
氏 名								保 険 者 番 号	3	9	1	1	2	3	4	7
生年月日	大 正 年 月 日 昭 和							名	埼玉県後期高齢者 医療広域連合							
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