

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？

様式第4号(第5条関係) ○印をつけてください。いる(名前) いない 甲

重度心身障害者医療費請求書

(あて先) 年 月 日

八潮市長



住所 八潮市

(申請者)氏名 _____ (印)

TEL () _____

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			
外来薬剤一部負担金	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	
受給者証 記号番号		記号		番号
氏名		保険者番号		
生年月日	昭和 平成 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
円 _____				
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。) 外来薬剤一部負担金並びに食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は含まない。				
保険診療総点数	_____ 点	他法負担点数	_____ 点	
ただし、入院時食事療養標準負担額 _____ 円 (食数 _____ 食)H18.4~				
年 月 日				
医療機関所在地(住所)				
_____ 様 名称 _____				
_____ 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