

重度心身障害者医療費請求書（精神通院医療費）

年 月 日

久喜市長 あて

住 所

提出者 氏 名

電 話 （ ）

下記のとおり久喜市重度心身障害者医療費支給に関する条例第 9 条第 1 項の規定に基づき請求します。

受給者	受 給 者 証 号		加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者氏名	
	ふ り が な			記 号 番 号	
	氏 名			名 称	
	生 年 月 日	年 月 日			

(注) 上記請求書欄は、提出者が記入してください。医療機関等、診療月、外来ごとにそれぞれ作成し、医療機関等の発行する領収書を添付してください。

診療科	科	外来	調剤
-----	---	----	----

領 収 書

¥

ただし、 年 月分の保険診療一部負担金
—保険及び自立支援医療の対象とならない費用を含まない—

保険診療総点数	点	他法負担分点数	点
---------	---	---------	---

年 月 日 様

所在地(住所)
医療機関 名 称
氏 名

印

(注) 1 医療機関等の発行する領収書を紛失した場合や領収書にお名前や保険診療総点数等が記入されていない場合には、医療機関等で上記領収書欄を記入してください。
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。
3 ※は記入不要です。

※ 処 理 欄	保 険 診 療 一 部 負 担 金			支 給 額
				円
	受付日	年 月 日		
	支給日	年 月 日		