

様式第6号の2(第5条関係)

| | | | | | |
|---|----------------|--|---------|-------|--|
| 重度心身障害者医療費請求書(後期高齢者医療障害認定者) | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | |
| 久喜市長 あて | | | | | |
| 提出者 住 所 氏 名 電 話 () | | | | | |
| 次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 番 号 | | | | |
| | ふ り が な 氏 名 | | 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。

| 助成請求 金額 | 入院 | 年 月 診療分 日 分 点 | | 保険診療一部負担金 | |
|------------|-------------------------|---------------------|-----------|------------------------------------|--|
| | | 保険診療 保険診療総点数 | 円 × 食 | 食事療養標準負担額の1/2 | |
| | | 食事療養標準負 担額算定食数 | 円 × 食 | 生活療養標準負担額のうち食事療養標準負担額相当額(食材料費)の1/2 | |
| | | 生活療養標準負 担額算定食数 | 円 × 食 | | |
| 外来又 は調剤 | 年 月 診療分 点 | 保険診療総点数 | 保険診療一部負担金 | | |
| 医療機関 | 所在地(住所) 名 称 氏 名 印 | | | | |

(注) 1 この請求書は、65歳以上の対象者(後期高齢者医療障害認定者)が医療費を請求する場合に使用してください。

2 上記助成請求金額記入欄は、医療機関等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 | 食事療養標準負 担額の1/2 | 生活療養標準負担額のう ち食事療養標準負担額相 当額(食材料費)の1/2 | 高額医療費 | 支 給 額 |
|------------------|-----------------|-------------------|--|-------|-------|
| | 入院 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | 外来 | 円 | | | 円 |
| 受付日 年 月 日 | | | | | |
| 支給日 年 月 日 | | | | | |