

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 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 保険診療 日分 保険診療総点数 点		保険診療一部負担金 円
		食事療養標準負 担 額 算 定 食 数	円 × 食	食事療養標準負担額の1/2 円
		生活療養標準負 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 円
	外来又 は調剤	年 月 診療分 保険診療総点数 点		保険診療一部負担金 円
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	円
	外 来	円			円	円
受 付 日 年 月 日						
支 給 日 年 月 日						