様式第6号(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  住所  申請者　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 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  |

(注)　上記請求書欄は、申請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 | | | | | | |