

様式第1号（第5条関係）

<p>重度心身障害者医療費請求書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>蓮田市長 宛て</p> <p style="text-align: center;">住所 氏名 (電話)</p> <p>次のとおり、蓮田市重度心身障害者医療費助成条例第8条第1項の規定により請求します。</p>										
入院・外来・調剤の別		入・外・調		診 療 科			科			
市記入欄	一部負担金の額			円	附加給付の額		円	助成請求額	円	
	内訳	保 険 診 療			円	高額療養費の額				円
		そ の 他			円					
申請者記入欄	受給者	受給者証 記号番号		加入 医療 保険			世帯主・被保険者・組 合員・加入者の氏名			
		ふりがな					記 号 番 号			
		氏 名		名			称			
		生年月日								
医療機関等記入欄	領 収 書						入院 日	外来 日		
	<p>¥ _____</p> <p>ただし、 年 月分の保険診療一部負担金（他法本人負担額 _____ を含み、 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。）</p>									
	保 険 診 療 総 点 数			点			他 法 負 担 分 点 数			点
	<p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関等所在地（住所）</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">（電話 _____）</p> <p style="text-align: right;">様 _____ ㊟</p>									
							医療機関コード			

注意

- 1 他法負担分点数は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。
- 2 この領収書は、健康保険の対象とならない費用は含めず記入してください。