

## 重度心身障害者医療費請求書

令和元年 6月 1日

(宛先) 行田市長

住所 行田市本丸2-5  
氏名 行田 太郎  
電話 556-1111

次のとおり行田市重度心身障害者医療費助成条例第6条の規定に基づき請求します。

入院	年 月	円	高額療養費	円
外来	年 月	円	助成額	円
受給資格者	氏名	行田 花子	個人番号	1234 5678 9012
	受給資格者証番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	生年月日	S10年 1月 1日

医療機関等記入欄	1 入院	日	2 外来	日
	重度医療費受給資格証に記載してある7桁の番号をご記入ください。			
	ただし、____年____月分保険診療一部負担金（他法本人負担金 円含む） —入院時の食事療養に係る標準負担額は含まない—			
	保険診療総点数	点	他法負担点数	点
	県コード		医療機関コード	
____年 ____月 ____日				
受給資格者 様		医療機関所在地(住所) 名称 氏名		
(印)				

## ※申請者(受給資格者)の方へ

- 申請者記入欄にもれなく記入してください。・請求書は、診療月ごとに、それぞれ別に作成してください。
- この用紙は、診療月の翌月以降に提出してください。
- 支払は既に申し出てある口座に振り込みます。変更のある場合は速やかに届け出てください。
- 医療保険の使えないものは対象外です。(介護保険適用、健診、予防接種、入院時の食事代、室料差額、文書料等)

## ※医療機関などの方へ

- レセプトごとにそれぞれ別の用紙を使用してください。
- 点数で記入できない場合は、保険診療総点数の欄に10割分の金額を記入してください。(この場合、必ず円と記入)
- 他法とは、他の公費負担制度の医療費支給がある場合をいいます。