



重度心身障害者医療費請求書

年 月 日

(宛先) 行田市長

住所
氏名
電話

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		個人番号	
	受給資格者証番号		生年月日	年 月 日

医療機関等記入欄	1 入院 日		2 外来 日	
	領 収 書			
	¥ _____ ※保険診療対象外の費用は含まない			
	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				
医療機関所在地(住所)				
受給資格者 様		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い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。