

処 理 欄	保 險	国	② 本	② 家	社 本	社 家	後期高齢
	附 加 給 付	自己負担額から		円控除	円未満切捨	円未満不支給	
	食 事 療 養 標準負担額等	課 税	円	高 額 療 養 費	附 加 給 付 額	支 給 額	
		非課税					
保 險 診 療 一部負担金	円		円	円	円		

請 求 者 記 入 欄	<b>重度心身障害者医療費請求書</b>						年	月	日
	朝霞市長 宛								
	住 所 朝霞市								
	請求者 電 話 ( )								
氏 名									
次のとおり重度心身障害者医療費を請求します。なお、市が健康保険組合等に高額療養費等の給付状況を確認することを承諾します。									
受 給 者	受給者証 番号				加 入 医 療 保 険	世帯主・被保険者 組合員の氏名			
	氏 名					記号・番号			
	生年月日	年	月	日		名 称			
医 療 機 関 記 入 欄	<b>領 収 書</b>						入院 日	外 来	
	受給者 様								
	¥ 診療月 年 月								
	ただし、保険診療一部負担金（他法本人負担額 円を含む。） 入院時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。								
保険診療総点数		点			他法負担分点数		点		
食 費	一食当たり	円		入院時食事療養標準負担額					
	算定回数	回		生活療養標準負担額					
			医療機関等所在地						
居 住 費	一日当たり	円		(住所)					
			名 称						
			氏 名 ②						
日数		日		診 療 科					
		¥		年 月 日					

- (注) 1 請求者記入欄は、請求者が記入してください。
- 2 医療機関記入欄は、医療機関等が記入してください。
- 3 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。
- 4 点数で記入できない場合は、金額で記入してください。  
(この場合は、必ず円で記入すること。)
- 5 加入医療保険又は振込口座に変更があった場合は、届出が必要です。

受 付 印

--