

重度心身障害者医療費請求書（精神通院医療費）

〇〇年 〇〇月 〇〇日

東松山市長 宛て

住所 東松山市 松葉町1-1-58

氏名 松山 太郎

(電話 0493-23-2221)

以下のとおり、東松山市重度心身障害者医療費の助成に関する条例第8条第1項の規定に基づき請求します。

申請者記入欄	受給者	重度医療 受給者番号	0	0	1	2	3	4	5	加入 医療 保険	世帯主・被保険 者等の氏名	松山 太郎	
		自立支援医療 受給者番号	1	2	3	4	5	6	7		記 号 番 号	松国 12345	
		ふりがな 氏 名	まつやま はなこ 松山 花子								名 称	☒ 東松山市国民健康保険 ☐ 全国健康保険協会 _____支部 ☐ _____健康保険組合 ☐ その他_____	
		生年月日	平成〇〇年 〇〇月 〇〇 日										
		診 療 月	令和〇年 〇〇月 分										

※太枠内のみ記入してください。

領 収 書

外来 日

¥

ただし、 年 月分の保険診療一部負担金

保険診療 総点数	点	内 自立支援医療適用の診療分 A	点
		内 その他の診療分（内科等） B	点

上記A欄の点数の内、 自立支援医療（公費21）の負担分点数	点
----------------------------------	---

年 月 日

医療機関等所在地（住所）

様 名称

氏名

注 1 上部請求書欄は、申請者が記入してください。
2 下部領収書欄は、医療機関等で記入してください。