様式第6号(第5条関係)

|  |
| --- |
| 重度心身障害者医療費請求書年　　月　　日　吉見町長　　　　様住所　吉見町　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　(電話　　　　　　　　　　　　　　 )　下記のとおり吉見町重度心身障害者医療費支給に関する条例第8条第1項の規定に基づき請求します。 |
| 入院・外来・調剤の別 | 　 | 診療科 | 　 |
| 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 |
| 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・加入者氏名 | 　 |
| ふりがな氏名 | 　 | 記号番号 | 　 |
| 生年月日 | 　　年　月　日 | 名称 | 　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 入院　　　　日 | 外来　　　　日 |
| 領収書　￥　　　　　　　　　　　ただし、　　年　　月分の保険診療一部負担金(他法本人負担額　　　円を含む。)　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 | 　 |
| 　 　　　　　　年　　月　　日医療機関等所在地(住所)　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　　　　 氏　名　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　様 |

　注　1　上部請求書欄は、申請者が記入して下さい。

　　　2　下部領収書欄は、医療機関等で記入して下さい。

　　3　他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を記入して下さい。