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。