

受給者記入欄	重度心身障害者医療費請求書				年 月 日
	(宛先) 伊奈町長		申請者 住所		
			氏 名		
			電 話		
	下記のとおり伊奈町重度心身障害者医療費支給条例第8条の規定に基づき請求します。				
受給者	受給者証 記号番号		加入 医療 保険	世帯主・被保険 者・組合員・加 入者の氏名	
	ふりがな			市町村民税 の 状 況	課 税・非課税
	氏 名			記号・番号	
	生年月日	年 月 日		名 称	

※太枠内を記入してください。

医療 機 関 等 記 入 欄	領 収 書			
	¥ _____ 年 月分保険診療一部負担金(他法本人負担金 円含む) ただし、入院時の食事療養に係る標準負担額及び生活療養標準負担額を含まない。			
	保険診療総点数	点	他法負担分点数	点
	入院	年 月 日から入院日数 日	外来	年 月分外来日数 日
	入院時食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額			
	¥ _____ (算定食数 食)			
	年 月 日			
	_____ 様			
	医療機関等所在地(住所)			
	名 称 氏 名			
印				

注)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。

処 理 欄	一部負担金合計	受 付		支 払		
	円	年 月 日		年 月 日		
	保険診療一部負担金	高額療養費	付加給付	その他	支給額合計	
	円	円	円	円		
	入院時食事療養標準負担額	市町村民税非課税		(入院4月以降)		円
円× 食×1/2 = 円	円× 食×1/2 = 円	円× 食×1/2 = 円				