

重度心身障害者医療費支給申請書

年 月 日

(あて先) 幸手市長

住所

氏名

(電話)

下記のとおり幸手市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	科
一部負担金の額	円	附加給付の額	円
内訳 保険診療	円	高額療養費の額	円
その他	円	助成請求額	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		記号番号
	氏名		名称
生年月日	明大 年 月 日 昭平		埼玉県後期高齢者医療広域連合

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

様

氏名



- 注 1 上部申請書欄は、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。
 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。

決 裁					受 付	年 月 日
					支 給	年 月 日