

# 重度心身障害者医療費請求書 (後期高齢者医療加入者用)

年 月 日

蕨市長 へ

住所 蕨市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

蕨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項の規定により、下記のとおり請求します。

この欄は市が 記入します	入院	月分	保険診療一部負担金 円
	外来	月分～ 月分	保険診療一部負担金 円
	合計		保険診療一部負担金 円
受給者	氏名		
	受給者番号		

入院

日

外来

## 領 収 書

年 月分

保険診療一部負担金 円

(他法本人負担額 円を含む。外来薬剤一部負担金  
並びに食事療養費標準負担額及び生活療養標準負担額は含まない。)

外来薬剤一部負担金 円

その他(自費分) 円

保険診療総点数	点
他法負担分点数	点

医療機関等所在地(住所)

名称

様

代表者

印

電話番号

- 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。
  - 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。