

重度心身障害者医療費請求書

現物

【重度医療医療機関医療費請求書（新様式）表紙

⑪

簿 冊 番 号		
2	0	1

県内外	申請種別	証し
3	4	1

⑨

⑩

支給年月	年		月	
	0	3	0	6

処 理 種 別				
<input type="checkbox"/> 医 科	<input type="checkbox"/> 歯 科	<input type="checkbox"/> 調 剤	<input type="checkbox"/> 整 体	<input type="checkbox"/> 接 骨

件 数			
枚 数			

担 当 課 使 用 欄			
		記 入 確 認	

障がい者支援課 障がい者医療担当

④

重度心身障害者医療費請求書（入院・外来）

年 月 日

春日部市長 あて

重度医療医療機関医療費請求書
（新様式）申請日
（受付印）

⑬

現物給付対象医療機関等

所在地（住所）

名 称

診療科名

氏 名

⑩

電話番号

（ ）

春日部市重度心身障害者医療費助成に関する条例第 8 条第 2 項の規定により、次の受給者に係る保険診療の一部負担金を請求します。

請求金額 円

医療機関コード

⑭

※ 送 付 番 号	診 療 年 月	受給者氏名	日 数	総 点 数	一部負担金の額	備 考
受給者証番号		生年月日				
⑫	年 月		⑤	⑦	⑧	
①	③	②	⑥	()	()	
	年 月	.		()	()	
	年 月	.		()	()	
	年 月	.		()	()	
	年 月	.		()	()	
	年 月	.		()	()	
	年 月	.		()	()	
	年 月	.		()	()	
	年 月	.		()	()	
請求	合 計	件			(円)	

①②③⑤⑥⑦⑧⑫は全レコードパンチします。
④⑨⑩⑪⑬⑭は全レコード同じ値とします。

（注） 1 総点数欄（ ）には、他法負担がある場合に、再掲でその点数を記入してください。

2 ※は記入不要です。