

簿 冊 表

(ひとり親家庭等医療費請求書)

簿 冊 番 号		
①		

支給年月	年号	年		月	

②	1 県 内	2 県 外
---	-------	-------

③	1 医 科	2 歯 科	3 調 剤	4 その他
---	-------	-------	-------	-------

1 証 明 書	2 レシート	3 その他
---------	--------	-------

連 番					

件 数		
-----	--	--

枚 数		
-----	--	--

担 当 課 使 用 欄

ひとり親家庭等医療費請求書

年 月 日

春日部市長 あて

現物給付対象医療機関等

所在地

名称

氏名

電話番号

()

印

春日部市ひとり親家庭等医療費助成に関する条例施行規則第14条第2項により、下記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

⑫

※送付番号

診療年月

受診者氏名

日数

総点数

一部負担金
の額

備考

受給者番号

生年月日

④

⑥ 年 月

⑧

⑨

⑩

⑤

⑦ . .

年 月

. .

年 月

. .

年 月

. .

年 月

. .

年 月

. .

年 月

. .

年 月

. .

年 月

. .

年 月

. .

請 求

合計

件

円

(注) 1 他法負担がある場合は、「備考」欄にその点数を記入してください。

2 ※は記入不要です。