

重度心身障害者医療費支給申請書

平成××年××月××日

川島町長 様

住所 川島町大字下八ッ林 870-1
氏名 川島 太郎 ①
(電話 297-1811)

下記のとおり川島町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。

入外区分		入院・外来		診療区分		医科・歯科・調剤・精神科	
一部負担金の額				額		円	助成請求額
内訳 保険診療				の額			円
その他							
受給者	受給者番号	×××××		加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者氏名		
	フリガナ	かわじま たろう			川島 太郎		
	氏名	川島 太郎			記号番号		
	生年月日	S×年×月×日			川島 1234		
				名称		川島町 (国保)	

受給者証の番号を記入してください。

領収書		入院日	外来日
¥			
ただし、食事療養費			
保険診療			点
年 月			
		氏名	印

ここには、保険点数・領収額・発行日・医療機関名の記載された領収書を貼付してください。
(※ない場合は医療機関で記入してもらってください)
* 月別・医療機関別に申請書が必要になります。
* 保険外は申請できません。

- 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。

決					受付	年 月 日
裁					支給	年 月 日

