

受 付 印

重度心身障害者医療費請求書(精神通院医療費)

令和 年 月 日

(宛先)鴻巣市長

住 所 _____

請求者 氏 名 _____

電話番号 _____

次のとおり医療費を請求します

受 診 者	受給者番号		加 入 医 療 保 険	世帯主・被保険者 組合員・加入者の氏名	
	フリガナ 氏 名			記 号 ・ 番 号	
	生 年 月 日	S・H・R 年 月 日生		名 称	
	診 療 月	H・R 年 月分		保 険 者 番 号	

注 太線の枠内は、請求者が記入してください。

外 来 日

領 収 書

¥ _____

ただし、 年 月分保険診療一部負担金

保険診療点数	点
--------	---

年 月 日

所在地

様

医療機関

名 称

氏 名

Ⓜ

電話番号

注 上記領収書欄は、保険医療機関等で記入してください。

処 理 欄	区分	入院外来区分		支 給 総 計
	保険診療一部負担金	高 額 療 養 費	附 加 給 付	
	円			
	住 民 税 非 課 税			
		円	円	円