

※医療費の給付は、領収日の翌日から5年を経過しますと時効となり支給できなくなります。

※領収書を添付する際は、ひと月分をまとめて添付してください。

様式第5号（第5条関係）

受付印

# 重度心身障害者医療費請求書

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			記号・番号	
	氏名			名 称	
	生年月日	S・H・R 年 月 日生		保 険 者 番 号	
	診療月	H・R 年 月分			

注 太線の枠内は、請求者が記入してください。

領 収 書		入院 日	外来 日
		円	
ただし、 年 月分保険診療一部負担金(他法本人負担額 円含む。)、 入院時食事療養標準負担額は含まない。			
保険診療点数	点	他法負担点数	点
(算定食数 食)		ア	円× 食
		イ	円× 食
		ウ	円× 食
円			
ただし、入院時食事療養標準負担額			
令和 年 月 日	所在地		
	医療機関 名称		
様	氏 名	印	
	電話番号		

注 1 上記領収書欄は、保険医療機関等で記入してください。

2 他法負担点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

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	円	円	
	入院時食事療養標準負担額	住 民 税 非 課 税	入院 90 日を越える日数	円