

※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6号（第5条関係）

受 付 印

重度心身障害者医療費請求書(後期高齢者医療制度加入者用)

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 給 者 番 号			
受 給 者 氏 名		生年月日	T・S 年 月 日

注 太線の枠内は、請求者が記入してください。

助 成 請 求 内 容		医 療 機 関 名	区 分	入 院 外 来
入 院	年 月 診療分 保険診療 日分 保険診療 点数	保険診療一部負担金 円		
	食事療 養費算 定食数	ア 円×食 イ 円×食 ウ 円×食	食事療養標準負担額 円	
外 来	年 月 分 保険診療総点数 日数	保険診療一部負担金 円		
	年 月 分 保険診療総点数 日数	保険診療一部負担金 円		
	年 月 分 保険診療総点数 日数	保険診療一部負担金 円		
	年 月 分 保険診療総点数 日数	保険診療一部負担金 円		
	年 月 分 保険診療総点数 日数	保険診療一部負担金 円		
総計	円	高額医療費 円	助成額	円

注 この請求書は、65歳以上の後期高齢者医療制度加入者に係る医療費を請求する場合に記入してください。

所 在 地

令和 年 月 日 医療機関 名 称

氏 名

㊤

電話番号