

滑川町重度心身障害者医療費請求書

年 月 日

(宛先)

滑川町長

住所

氏名

印

電話

()

下記のとおり滑川町重度心身障害者医療費助成に関する条例第8条第1項の規定に基づき請求します。助成額の算定のため、滑川町が私の加入する健康保険組合等に対し、高額療養費支給状況（家族合算分を含む）について照会をすることに同意します。

種 別： 入院・外来・調剤		診 療 科：() 科				
一部負担金の額	円	附加給付の額	円	助成請求額	円	
内訳 保険診療	円					
入院時の食事療養標準負担額	円					
その他	円					
受給者	受給者証 記号番号	加入 医 療 保 険		世帯主・被保険者 組合員の氏名		
	ふりがな			市町村民税の状況		課税・非課税
	氏 名			記 号 番 号		
	生年月日			年 月 日		名 称

注) 上部請求書欄は、申請者が記入してください。

入院 日 外来 日

領 収 書

¥

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及び生活療養標準負担額は含まない。

保険診療総点数	点	他法負担分点数	点
---------	---	---------	---

¥

(算定回数 回)

ただし、入院時食事療養標準負担額

年 月 日

医療機関等所在地（住所）

様

名 称

氏 名

印

注) 1 上部領収書欄は、医療機関等で記入してください。

2 他法負担分点数欄は、結核予防法等公費負担で支払われる額の点数を記入してください。

決 裁						受 付	年 月 日
						支 給	年 月 日