

様式第3号(第5条関係)

重度心身障がい者医療費請求書

請求額 金 _____ 円也

ただし、 _____ 年 月 分

重度心身障がい者医療費の助成を受けたく、助成金の額を証する書面を添えて上記のとおり請求します。

_____ 年 月 日

内子町長 _____ 様

請求者 住 所
氏 名
(受給資格者との続柄 _____)
受給資格者氏名

受給者証記号番号	
----------	--

金融機関名	銀行	支店	預金	普通	預金口座番号	
	農協	支所	種別	当座	預金口座名義	

診療報酬請求額証明書

患者氏名	年 月 日生 (男・女)	保険者番号				
被保険者証 記号番号		一部負担金 の割合	$\frac{1}{10} \cdot \frac{2}{10} \cdot \frac{3}{10}$			
診療月	年 月分	入院外来 別日数	入院外来	年 月 日から 年 月 日まで	()日間	
診療報酬総点数						
控除	他法公費 負担	1 精神 2 結核 3 更生 4 育成 5 その他()				
		徴収基準月額				円
	公費負担点数				点	
	保険 診療外				点	
受領金額						円

上記のとおり相違ありません。

_____ 年 月 日

診療科名
(総合病院の場合は、必ず記入してください。)

療養機関 所在地
名 称
開設者名

印

本人負担額 (_____)	高額療養費等 (_____)	保険診療外金額 (_____)	決定金額 _____
_____ - _____ - _____ =			

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係	決定年月日	備 考