

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 農協	支店 支所	預金 種別	普通 当座	預金口座番号	
					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