

様式第6号(第5条関係)

重度心身障害者医療費請求書(後期高齢者医療障害認定者)			
			年 月 日
久喜市長 あて			
			住 所 申請者 氏 名 電 話 ()
次のとおり久喜市重度心身障害者医療費支給に関する条例第9条第1項の規定に基づき請求します。			
受 給 者	受 給 者 証 号 番 号		
	ふ り が な 氏 名	生 年 月 日	年 月 日

(注) 上記請求書欄は、申請者が記入してください。

助成請求 金 額	入 院	年 月 診療分 日 分 点	保険診療一部負担金 円
		保険診療 保険診療総点数	円
		食事療養標準負 担額算定食数	円× 食 円
		生活療養標準負 担額算定食数	円× 食 円
	外来又 は調剤	年 月 診療分 点	保険診療一部負担金 円
医 療 機 関	所在地(住所) 名 称 氏 名 印		

(注) 1 この請求書は、65歳以上の対象者(後期高齢者医療障害認定者)が医療費を請求する場合に使用してください。

2 上記助成請求金額記入欄は、医療機関等で記入してください。

3 ※は記入不要です。

※ 処 理 欄	入 院	保 険 診 療 一 部 負 担 金 円	食 事 療 養 標 準 負 担 額 の 1 / 2 円	生 活 療 養 標 準 負 担 額 の う ち 食 事 療 養 標 準 負 担 額 相 当 額 (食 材 料 費) の 1 / 2 円	高 額 医 療 費 円	支 給 額 円
	外 来	円	/	/	円	円
受 付 日		年 月 日				
支 給 日		年 月 日				