

令和3年4月より、押印は必要ありません！

様式第7号（第5条関係）

一 般 用

重度心身障害者医療費請求書

請求書を提出する日

年 月 日

（宛先）入間市長

請求する方の住所・氏名・電話番号を記入してください。

住所 入間市豊岡1丁目16番1号

氏名 入間 花子

電話 04-2964-1111（携帯も可）

入間市重度心身障害者の医療費の助成に関する条例第8条の規定により、次のとおり請求します。

入院・外来・調剤の別		診療科		科		
一部負担金の額		この欄は、記入不要です。				円
内訳 保険 診療		功成請求額				
入院時の食事療養標準負担額		円	高額療養費の額			
その他の		円				
受給者	受給者証 記号番号	受給者証の記号番号		加入 医療 保険	世帯主・被保険者・ 組合員・加入者の氏名	健康保険加入者氏名 （社保の場合は被保険者）
	フリガナ	イルマ タロウ			記号番号	保険証の記号・番号
	氏名	入間 太郎				
	生年月日	昭和 41 年 11 月 4 日			名称	保険証に記載のある 健康保険の名称

領 収 書		入院 日	外来 日
¥			
ただし、年 月分保険診療一部負担金（他法本人負担金 円含む）とし、 入院時の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。			
この「領収書」欄は医療機関から出た領収書があれば、 記入は不要です。			
入院時の食事療養標準負担額			
¥ (算定日数 日)			
年 月 日 医療機関等所在地（住所）			
様 名 称			
氏 名			

- （注） 1 上部請求書欄は、申請者が記入してください。
2 下部領収書欄は、医療機関等で記入してください。
3 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

決 裁						受付	年 月 日
						支給	年 月 日