

入間市重度心身障害者医療費受給者証(精神通院費)をお持ちの方は、この請求書です。

重度心身障害者医療費請求書 (精神通院医療費)

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。

外来・調剤の	この欄は記入不要です。			円	円	円
一部負担金の額				円	円	円
内訳 保険診療	円	円	円	円	円	
その他	円	円	円	円	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・加入者氏名	健康保険加入者氏名 (社保の方は被保険者)
	ふりがな	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	<input type="checkbox"/> 入間市国民健康保険 <input type="checkbox"/> () 国民健康保険 <input type="checkbox"/> () 健康保険組合 <input type="checkbox"/> () 共済組合 <input checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会 (埼玉) 支部

受給者(障害者)欄を忘れずに、ご記入ください。

領 収 書

加入保険の□に☑を入れ、健康保険組合名等をご記入ください。

¥
ただし、年 月分の保険診療一部負担金

保険診療 総点数	内 自立支援医療適用の診療分 A	点
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。		
自立支援医療(公費21)の負担分点数	点	

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。

領収書の左上端をこの部分に合わせてホッチキスで添付してください。
領収書が大きい場合は下部を折って用紙に合わせてください。