

県外区分	診療区分	公費区分	確認区分	結核区分	入院日数

様式第5号（第5条関係）

重度心身障害者医療費請求書

年 月 日

坂戸市長 あて

住 所
氏 名
(電 話)

下記のとおり坂戸市重度心身障害者医療費支給に関する条例第8条第1項の規定に基づき請求します。

入院・外来・調剤の別		診 療 科			
一部負担金の額	円	付加給付の額 高額療養費の額	円	助成請求額	円
内訳 保険診療	円				
外来薬剤一部負担金	円				
入院時の食事標準負担額	円				
そ の 他	円				
受 給 者	受給者証 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		
	ふりがな 氏 名		記 号 番 号		
	生年月日		年 月 日	名 称	

	入 院	日	外 来	日
<h3>領 収 書</h3>				
<p>¥ _____</p> <p>ただし、年 月分の保険診療一部負担金（他法本人負担金 _____ 円を含む。）</p> <p>—外来薬剤一部負担金並びに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。—</p>				
保険診療総点数	点	他法負担分点数	点	
<p>¥ _____</p> <p>ただし、外来薬剤一部負担金 _____</p> <p>¥ _____（算定食数 _____ 食）（算定日数 _____ 日）</p> <p>ただし、食事療養標準負担額 _____</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関等所在地（住所）</p> <p style="text-align: center;">様 名 称</p> <p style="text-align: right;">氏 名 (印)</p>				

- 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。

260円×食	210円×食	160円×食	100円×食