

和光市

重度心身障害者医療費

ひとり親家庭等医療費

子ども医療費

施術等の現物給付請求明細書

枚

※ 該当する医療費の□にチェック(レ)を入れ、医療費ごとに別々に作成してください。

年 月 日

和光市長 様

名称

代表者名

	①受給者証番号	②受診者氏名(カタカナ)		④診療		⑤診療期間	⑥保険診療総額(円)	⑦保険診療一部負担額(円)	⑧受診者負担額(円)	⑨施術所等の市請求額(⑦-⑧)	
		③生年月日		年	月						
1						日~日				円	
2						日~日				円	
3						日~日				円	
4						日~日				円	
5						日~日				円	
6						日~日				円	
7						日~日				円	
8						日~日				円	
9						日~日				円	
小計				件							円
合計				件							円