

様式第4号(第5条関係)

重度心身障害者医療費請求書

年 月 日

和光市長 様

住 所  
氏 名  
電 話 ( )

下記のとおり、和光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いたします。

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 入者の氏名	
	ふりがな 氏 名			記 号 番 号	
	生年月日	年 月 日		名 称	

注 上部申請書は、申請者が記入してください。

	入院 日	外来 日
--	------	------

領 収 書

¥ \_\_\_\_\_

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)  
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。

保険診療点数          点	他法負担分点数          点
---	--

年 月 日

\_\_\_\_\_ 様

医療機関等所在地(住所)  
名 称  
氏 名 印

注 上部領収書は、医療機関等が記入してください。  
他法負担分点数は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。