

重度心身障害者医療費支給申請書

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 番 号		加 入 医 療 保 険	世帯主・被保険者 組合員・加入者の氏名	
	氏 名			記 号 番 号	
	生 年 月 日	年 月 日		名 称	

注 上部申請書欄は、申請者が記入してください。

		入院 日	外来 日
<h2>領 収 書</h2>			
¥ _____			
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		他法負担分点数	
点		点	
年 月 日			
_____ 様			
医療機関等所在地(住所)			
名 称			
氏 名			
印			

注 上部領収書欄は、医療機関等で証明を受けるか、領収書を添付してください。
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。