

和光市

重度心身障害者医療費

ひとり親家庭等医療費

乳幼児医療費

子ども医療費(小・中学生)

施術等の現物給付請求明細書

枚 中

※ 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)		⑩施術等の内容
	③ 生 年 月 日				年 月		日 ~ 日		円								
1											日 ~ 日						
2											日 ~ 日						
3											日 ~ 日						
4											日 ~ 日						
5											日 ~ 日						
6											日 ~ 日						
7											日 ~ 日						
8											日 ~ 日						
小 計				件											円		
合 計				件											円		