整理番号

第４号様式（第６条関係）

重度心身障害者医療費請求書

令和　　年　　月　　日

草加市長　あて

住　　所

申請者　氏　　名　　印

電話・FAX番号

草加市重度心身障害者医療費支給に関する条例第８条第１項の規定により、次のとおり請求します。

受給者	受給者番号		加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員の氏名	
	フリガナ			被保険者証記号番号	
	氏　　名				
	生年月日	大・昭 平・令　　年　　月　　日		名　　称	

一部負担金の額	円	高額療養費の額	円	助成請求額	円
内訳　保険診療	円				
食事療養標準負担額	円	附加給付の額	円		
生活療養標準負担額	円				
その他	円				

入院　　日	外来　　日

領　収　証　明　書

¥　　（食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は含みません。）

ただし、平成
令和　　年　　月分保険診療一部負担金（他法本人負担金　　円を含みます。

保険診療総点数	点	他法負担分点数	点

食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額

¥　　（算定食数　　食）

令和　　年　　月　　日

医療機関等所在地（住所）

名　　称

代表者等氏名　　印

電話・FAX番号　　（　　）

（注意）　1　上部『請求書』欄は、申請者が記入してください。

2　下部『領収証明書』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。

4　「算定食数」欄は、生活療養標準負担額の場合には記入不要です。

受　付	令　和	医療機関・薬局コード	

県　外	診　療	定　額	確　認	結・精	継　続	支　給	老　齢	課　税	回　数