記　入　例

整理番号

第４号様式（第６条関係）

枠線部の青文字のように記入してください。

重度心身障害者医療費請求書

令和　１　年　５　月　１　日

草加市長　あて

住　　所　草加市高砂１－１－１

申請者　氏　　名　草加　花子　印

電話・FAX番号　０４８－９２２－０１５１

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	１２３４５６７ 受給者証に記載されている受給者番号	加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員の氏名	草加　一郎 国保の場合は世帯主、社保・国組の場合は被保険者
	フリガナ	ソウカ　タロウ		被保険者証記号番号	１２３－４５６７
	氏　　名	草加　太郎			
	生年月日	平成１５年　５　月　５　日		名　　称	草加市国民健康保険

入院・外来・調剤の別		診　療　科	科
一部負担金の額	円	高額療養費の額	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	助成請求額	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　　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）

平成　　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	平　成	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