

社保・国保加入者用 ※緑色の用紙を使用していた方用

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

(宛先)北本市長

住 所

氏 名

電 話

下記のとおり、北本市重度心身障害者医療費支給条例第8条第1項の規定に基づき請求します。

申
請
者
記
入

受
給
者
欄

受給者番号

ふりがな

氏 名

生 年 月 日

年 月 日

加入医療保険

世帯主・被保険者
組合員・加入者氏名

記 号 番 号

名 称

医
療
機
関
等
記
入
欄

入 院

日

外 来

日

診 療 科

科

領 収 書

¥

ただし、令和 年 月分保険診療一部負担金(他法本人負担額 円含む。)とし、入院時食事療

養標準負担額は含まない。

保険診療総点数

点

他法負担分点数

点

令和 年 月 日

様

医療機関等所在地

名 称

氏 名

電 話

印

注 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。

処 理 欄	保険診療一部負担金	保 險 診 療	高 額 療 養 費	付 加 給 付	支 給 額 計
	円	円	円	円	円