

後期高齢者医療制度加入者用

様式第4号(第5条関係)

申請者記入欄	重度心身障害者医療費請求書(後期高齢者医療用)				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。								
受給者欄	受給者番号		加入医療保険	世帯主・被保険者 組合員・加入者氏名				
	ふりがな			記号番号				
	氏名			名	称	埼玉県後期高齢者医療広域連合		
	生年月日	明大 昭平		年	月	日		

医療機関等記入欄	領収書		入院	日	外来	日
			診療科	科		
	¥ _____					
	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	保険診療	高額療養費	付加給付	支給額計
	円	円	円	円	円