

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	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、 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		
	_____ 年 月 日			
	_____ 様			
	医療機関等所在地			
	名称 _____ 氏名 _____ 電話 _____			

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