

精神通院医療費用 (精神障害者保健福祉手帳2級の方)

様式第5号の2(第5条関係)

申 請 者 記 入 欄	重度心身障害者医療費請求書(精神通院医療費)				
	(宛先)北本市長		年 月 日		
			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	外来・調剤の別		外来・調剤	自立支援医療 受給者番号	
	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
生年月日	年 月 日				

医 療 機 関 等 記 入 欄	領 収 書			
	¥ _____			
	ただし、 年 月 分 保険診療一部負担金			
	保 险 診 療 總 点 数	点	内 自立支援医療適用の診療分 A	点
			内 その他の診療分(内科等) B	点
	上記A欄の点数のうち、自立支援医療(公費21)の負担分点数			点
	年 月 日 様			
医療機関等所在地 名 称				
氏 名 電 話 () 印				

処理欄	保険診療一部負担金	保 险 診 療	高額療養費	付 加 給 付	支給額 計
	円	円	円	円	円