

# 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

明 大 年 月 日  
昭 平

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 険 診 療	高 額 療 養 費	付 加 給 付	支 給 額 計
	円	円	円	円	円