第６号様式（第５条関係）

# 戸田市重度心身障害者医療費請求書

年　月　日

（あて先）戸田市長

住　所

氏　名

電　話　　（　　）

下記のとおり戸田市重度心身障害者医療費の支給に関する条例第８条の規定に基づき請求します。

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 一部負担金の額 | 円 | 附加給付の額 | 円 | 助成請求額 | 診　円 |
| 内訳　保険診療 | 円 | | | | |
| 入院時の食事標準負担額 | 円 | 高額療養費の額 | 円 | | 食　円 |
| その他 | 円 | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 受給者 | 受給者番号 | | 加入医療保険 | 世帯主・被保険者<br>組合員・加入者の氏名 | |
| | フリガナ | | | 記号番号 | |
| | 氏名 | | | | |
| | 生年月日 | 大 昭 平 令　年　月　日 | | 名称 | 健保・国保・共済<br>全国健康保険協会<br>後期高齢者医療 |
| 診療月 | | 年　月分 | | | |

## 領　収　書

年　月分

| | |
|---|---|
| 入院日数 | 日 |
| 外来日数 | 日 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険診療一部負担金<br>（入院時食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は含まない。） | 円<br>（他法本人負担額　円を含む。） | 保険診療総点数 | 点 |
| | | 他法負担分点数 | 点 |
| 入院時食事療養標準負担額 | 円 | 円／食×　回 | |
| 生活療養標準負担額 | 円 | 円／日×　日 | |
| 合計 | 円 | | |

年　月　日

医療機関等　所在地（住所）
名　称
氏　名　　印

様

医療機関コード

（注）１　上部請求書欄は、申請者が記入してください。
２　下部領収書欄は、医療機関等で記入してください。
３　他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

| 県外 | 診療 | 定額 | 確認 | 結・精 | その他 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

※　保険証などが変わったときは、市役所へ届出が必要です。届出と違いがある場合は、お支払いできません。