

重度心身障害者医療費請求書

平成 年 月 日

(あて先) 三芳町長

住所 三芳町〇〇〇〇 〇-

請求印を
忘れずに。

氏名 三 芳 太 郎 印

(電話 049-〇〇〇-〇〇〇〇)

助成金請求額の欄は
記入不要です。

下記のとおり三芳町重度心身障害者医療費の支給に関する条例第8条第1項の規定に基づき請求します。

助成請求 金 額	入 院	日分	保険診療一部負担金	円
	外 来	月～ 月分	保険診療一部負担金	円
	合 計			円

受 給 者	氏 名	三 芳 太 郎
	受給者証 番 号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇

受給者証(白)の番号を記入
してください。

(注)この請求書は、後期高齢者医療制度加入者にかかる医療費を請求する場合に記入してください。

支給決定額	不支給の理由	レセプト	受付	年 月 日
円			支給	年 月 日