

様式第7号（第5条関係）

重度心身障害者医療費請求書

年 月 日

(宛先)富士見市長

住 所
氏 名
電 話

次のとおり、富士見市重度心身障害者医療費支給に関する条例第8条第1項の規定により請求します。

受給者番号		加入医療	名称	
フリガナ		保険名称	保険種別	協・組・共・国
氏 名		記号・番号		
生年月日	年 月 日	申 請 額	円	

医療機関等証明欄

診療年月 年 月 診療分	区分	1 入院・2 外来 3 歯科・4 調剤 5 その他・6 訪問看護 7 柔道整復	日数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
点数	診療科 ()					
保険診療総点数	点	保険診療一部負担金	円			
※うち他法負担分点数 (点)						
年 月 日	食事療養標準負担額・生活療養標準負担額 (居住費除く) 食分 円を領収しました。					
医療機関所在地 様 名 称 氏 名						

市 処 理 欄	支給相当額	高額療養費限度額	附加給付額	支 給 額
	円	円	円	円

1 県内 2 県外
証明書