

重度心身障害者医療費助成金請求書

年 月 日

請求額 金 円也

ただし、年 月分 重度心身障害者医療費の助成を受けたく、助成金の額を証する書面を添えて請求します。

中央市長 様

患 者 氏 名

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日（ 歳）

住 所

TEL

受給資格者番号

診療報酬請求証明書

患者氏名 様

診療費 年 月分

種別	国保 健保 船員 共済 組合 後期 本 人 ・ 家 族
	入 院 ・ 入院外

診 療 報 酬 総 点 数	点
他 法 公 費 負 担 点 数 (種 別)	点
当月分の保険診療に係る本人負担額	円

外 来 の 際 の 薬 剤 に 係 る 一 部 負 担 金	円
訪 問 看 護 療 養 費 等 自 己 負 担 分	円
入院時食事療養費における自己負担分	
円 × 回 =	円

上記のとおり相違ありません。
年 月 日
関係医療機関等の所在名
氏 名 印