

- 一部負担金が1か月21,000円以上になりませんか？  
 高齢受給者証・後期高齢者医療被保険者証所持者はいませんか？

重度心身障害児等医療費請求書

|          |
|----------|
| 診 療 年 月  |
| 6 令和 年 月 |

|               |   |  |  |  |  |  |  |
|---------------|---|--|--|--|--|--|--|
| 医 療 機 関 コ ー ド |   |  |  |  |  |  |  |
| 1             | 1 |  |  |  |  |  |  |

| 1 医 科     |        | 2 歯 科   |  | 3 調 剤 |  | ④ そ の 他   |  |    |  |
|-----------|--------|---------|--|-------|--|-----------|--|----|--|
| 保 険 適 用 者 | 受給者証番号 | 受給者名    |  | 総医療費  |  | 保険診療一部負担金 |  | 備考 |  |
| 1         | 1 一般   |         |  |       |  |           |  |    |  |
|           | 2 退本   |         |  |       |  |           |  |    |  |
|           | 3 退扶   | 生 年 月 日 |  | 年 月 日 |  |           |  |    |  |
| 2         | 1 一般   |         |  |       |  |           |  |    |  |
|           | 2 退本   |         |  |       |  |           |  |    |  |
|           | 3 退扶   | 生 年 月 日 |  | 年 月 日 |  |           |  |    |  |
| 3         | 1 一般   |         |  |       |  |           |  |    |  |
|           | 2 退本   |         |  |       |  |           |  |    |  |
|           | 3 退扶   | 生 年 月 日 |  | 年 月 日 |  |           |  |    |  |
| 4         | 1 一般   |         |  |       |  |           |  |    |  |
|           | 2 退本   |         |  |       |  |           |  |    |  |
|           | 3 退扶   | 生 年 月 日 |  | 年 月 日 |  |           |  |    |  |
| 5         | 1 一般   |         |  |       |  |           |  |    |  |
|           | 2 退本   |         |  |       |  |           |  |    |  |
|           | 3 退扶   | 生 年 月 日 |  | 年 月 日 |  |           |  |    |  |
| 6         | 1 一般   |         |  |       |  |           |  |    |  |
|           | 2 退本   |         |  |       |  |           |  |    |  |
|           | 3 退扶   | 生 年 月 日 |  | 年 月 日 |  |           |  |    |  |
| 合 計       |        | 件数      |  |       |  |           |  |    |  |
|           |        |         |  | 件     |  |           |  |    |  |

上記のとおり重度心身障害児等医療費を請求します。

年 月 日

(宛先)所沢市長

※ 一部負担金が1か月21,000円以上になる場合や高齢受給者証・後期高齢者医療被保険者証所持者の場合は、この請求書は使用できません。

所在地 \_\_\_\_\_  
 名 称 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)  
 電 話 \_\_\_\_\_