

様式第3号の3

(社保・国保組合)

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 _____