

重度心身障がい者医療費請求書

請求額 _____ 円

ただし、 年 月分

重度心身障がい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上記のとおり請求します。

年 月 日

西予市長 様

請求者 住 所

氏 名

(受給者との続柄)

受給者氏名				受給者証番号	
口座振込 希望の金 融機関名	農協・漁協 銀行 信用金庫	本店 本所 支店 支所	口座名義人名		口座番号

診療報酬請求額証明書

患者氏名		保険種別	国保・政管保・船保・共済・健組・後期	給付率	<u> </u> 10
受給者証番号		傷病名			
診療月	年 月分	入院外来別日数	入院 日	外来 日	

診療報酬総点数		点
控除	他法公費負担 (種別:)	点
	保険診療外	点

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

療養機関 所在地
名 称
開設者名

助成金決定欄 取扱者 _____ 年 月 日

本人負担額 高額療養費等 保険診療外金額 決定金額
() - () - () =