

様式第3号(第6条関係)

<p><u>重度心身障害者医療費請求書</u></p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">受給者証 番 号</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>	受給者証 番 号																																		
受給者証 番 号																																				
<p>請求額 金 _____ 円也</p> <p style="text-align: center;">ただし、 _____ 年 _____ 月分</p> <p>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上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: right;">_____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>(宛先) 東温市長</p> <p style="text-align: right;">請求者 住所 氏名 電話 ( _____ ) _____ 受給者との続柄 受給者氏名</p>																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><u>診療報酬請求額証明書</u></td> <td style="width: 20%;">患者氏名</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">保険者番号</td> <td></td> <td style="width: 20%;">被保険者証 記号・番号</td> <td></td> <td style="width: 10%;">給付率</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">— 10</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">受給者証 記号番号</td> <td></td> <td style="width: 10%;">診 療 月</td> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">年 月分</td> </tr> <tr> <td style="width: 10%;">入 院</td> <td style="width: 15%;">診療日数( )日間 年 月 日</td> <td style="width: 10%;">外 来</td> <td style="width: 15%;">診療日数 ( )日間</td> <td colspan="2" style="width: 50%; text-align: center;">                     1・2・3・4・5・6・7・8・9・10                      11・12・13・14・15・16・17・18・19・20                      21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31                 </td> </tr> <tr> <td colspan="2">診療報酬総点数</td> <td style="text-align: center;">点</td> <td colspan="2">一部負担額</td> <td style="text-align: center;">円</td> </tr> <tr> <td colspan="2">他法公費負担点数 (種別: _____)</td> <td></td> <td colspan="2">薬剤負担額</td> <td style="text-align: center;">円</td> </tr> </table> <p>上記のとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: right;">_____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p style="text-align: right;">療養機関 所在地 名 称 開設者名</p>		<u>診療報酬請求額証明書</u>		患者氏名			保険者番号		被保険者証 記号・番号		給付率	— 10	受給者証 記号番号		診 療 月		年 月分		入 院	診療日数( )日間 年 月 日	外 来	診療日数 ( )日間	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 11・12・13・14・15・16・17・18・19・20 21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31		診療報酬総点数		点	一部負担額		円	他法公費負担点数 (種別: _____)			薬剤負担額		円
<u>診療報酬請求額証明書</u>		患者氏名																																		
保険者番号		被保険者証 記号・番号		給付率	— 10																															
受給者証 記号番号		診 療 月		年 月分																																
入 院	診療日数( )日間 年 月 日	外 来	診療日数 ( )日間	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 11・12・13・14・15・16・17・18・19・20 21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31																																
診療報酬総点数		点	一部負担額		円																															
他法公費負担点数 (種別: _____)			薬剤負担額		円																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">振込指定 金融機関</td> <td style="width: 40%;">銀行 信 金 農 協</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">支 店 支 所</td> </tr> </table>		振込指定 金融機関	銀行 信 金 農 協	支 店 支 所																																
振込指定 金融機関	銀行 信 金 農 協	支 店 支 所																																		
種 別	口 座 番 号	フリガナ																																		
普通 当 座		口 座 名 義 人																																		
<p><u>助成金決定欄</u> 取扱者 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>本人負担額 _____ 高額療養費等 _____ 保険診療外金額 _____ 決定金額 _____</p> <p>( _____ ) - ( _____ ) - ( _____ ) = <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span></p>																																				