

療 養 費 支 給 請 求 書

住 所	寒河江市				医療費支給 対 象 区 分	・ 重度心身障害(児)者 ・ 重度心身障害(児)者〔後〕 ・ 子育て支援 ・ ひとり親家庭等	
受 診 者 氏 名					一部負担金	有 ・ 無	
生年月日	大・昭 平・令	年	月	日	受給者 番 号	保険区分	国保・退職・その他
						記号・番号	

金 額 円

上記のとおり領収書を添えて請求します。

令和 年 月 日

郵便番号

住 所 寒河江市

氏 名 印

電話番号

受診者との続柄

寒河江市長 殿

診療月日	医療機関名	入院・外来	費用額	支 払 額	一部負担額	支給額
／		入・外				
／		入・外				
／		入・外				
／		入・外				
／		入・外				
／		入・外				
令和 年 月 診療分		件数	費用額計	支払額計	一部負担額計	支給額計