

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