

療 養 費 支 給 請 求 書

住 所		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	年 月 日	受給者 番 号	保 険 区 分 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。

年 月 日

郵便番号

住 所

氏 名 印

電話番号

受診者との続柄

寒河江市長 様

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				
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