

記入例

赤字部分をご記入ください。

請求書

令和〇年〇〇月〇〇日

（あて先）戸田市長

住 所 戸田市上戸田 1 - 18 - 1

氏 名 戸田 一郎

電 話 048 (441) 1800

重度心身障害者医療費受給者証
に記載の 7 桁の番号

者医療費の支給に関する条例第 8 条の規定に基づき請求します。

一部負担金の額		円	附加給付の額	円	助成請求額	診	円
内訳 保険診療		円		円		食	円
入院時の食事標準負担額		円	高額療養費の額	円			
そ の 他		円					
受給者	受給者番号	1234567		加入医療保険	世帯主・被保険者 組合員・加入者の氏名	戸田 太郎	
	フリガナ	トダ タロウ			記 号 番 号	戸田 999999	
	氏 名	戸田 太郎			名 称	戸田市 健保 国保 共済 全国健康保険協会 後期高齢者医療	
	生年月日	天昭 41 年 10 月 1 日 平令					
診療月		年 月 分					

領 収 書

入院日数 日

年 月 分

保険の内容はマイナポータルで確認できます
（マイナ保険証未登録の場合は資格者証等でご
確認ください。）

＜加入医療保険の名称＞

健 保 = 健康保険組合
国 保 = 国民健康保険
共 済 = 共済組合
全国健康保険協会 = 全国健康保険協会
後期高齢者医療 = 後期高齢者医療

保険診療一部負担金
（入院時食事療養標準負担額及び
生活療養標準負担額は含まない。）

（他法本人負担額

入院時食事療養標準負担額

生活療養標準負担額

合 計

年 月 日

所在地
（住所）

医療機関等

名 称
氏 名

印

様

医療機関コード

- （注） 1 上部請求書欄は、申請者が記入してください。
2 下部領収書欄は、医療機関等で記入してください。
3 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

県 外	診 療	定 額	確 認	結・精	その他