

記入例

戸田

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

重度心身障害者医療費受給者証
に記載の7桁の番号

電話 048(441)1800

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	附加給付の額	助成請求額	診
内訳 保険 診療			円
入院時の食事標準負担額			食
その 他			円
受給者番号	1234567	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 99999
氏名	戸田 太郎	名 称	戸田市
生年月日	天昭 41年10月1日 平令	健保 全国健康保険協会 後期高齢者医療	国保 共済
診療月	年 月分		会員

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。)	
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	<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	
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	医療機関等	所在地 (住所)	印
様		名 称	
		氏 名	
		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