(第5条関	係)							
	 重度/	 心身障害者医	 療費請求	**				
						年	月	日
:	É							
医療機関所在 名称 氏名 電話					沂在地	也(住所	ŕ)	
白 に依る	請求金額	.しまり。		<u>円</u>				
診療月	受給者名	入院・ 外来の 別	日数	総点数		一部負担金等 の額		
		入・外		()	()
		入・外		()	()
		入・外		()	()
		入・外		()	()
		入・外		()	()
		入・外		()	()
		入・外		()	()
		入・外		()	()
	: 材	: 様 者に係る一部負担金等を請求 請求金額	重度心身障害者医 様	重度心身障害者医療費請求	重度心身障害者医療費請求書 接 医療機関所名称 氏名 電話 者に係る一部負担金等を請求します。 請求金額 円 診療月 受給者名 入院・ 外来の別別 日数 総点数 入・外 (入・外 (ス・外 (へ・外 (重度心身障害者医療費請求書	重度心身障害者医療費請求書 年 様 医療機関所在地(住所名称 氏名 電話 また) では、	重度心身障害者医療費請求書 年 月 ・ 様 ・

会計 件 (円) (円) 総点数・一部負担金等の額欄()には、他法負担がある場合に、再掲でその点数・金額を記入し

入・外

入・外

件

件

入

外

請

求

てください。

院

来

(

)

(

(

)

円

)

円

)