

平成 年 月分 重度心身障がい者医療費請求書

市町村番号						県番号		医療機関コード						
0	7	0	7	6	3	0	7							

只見町長 様

保険医療機関等の
所在地及び名称

印

電話番号

開設者氏名

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

区分	明細書枚数	件数	総点数	請求額	送達書類	
				一部負担金	国保高額療養費 支給申請書	精神障害者の 入院に係る証明書
合計	枚	件	点	円	枚	枚
【内訳】 ①国保	枚	件	点	円	枚	枚
②後期高齢	枚	件	点	円		枚