様式第８号（第７条関係）

市　国　保

川越市重度心身障害者医療費請求書（川越市国民健康保険分）

年　　月　　日

必ずご記入ください

医療機関コード

※コードがご不明な場合はお問い合わせください

（提出先）
川　越　市　長

医療機関等
所在地
名　　称
氏　　名　　㊞
電話番号

請求金額　　円

受給者番号	診療年月	入院	外来	日数	総医療費（円）	他法点数	一部負担金等の額	入院時食事療養 回数	入院時食事療養 標準負担額	受給者氏名	施術内容等※該当を○で囲む
	・	1	2								柔整 はり灸 マッサージ
	・	1	2								柔整 はり灸 マッサージ
	・	1	2								柔整 はり灸 マッサージ
	・	1	2								柔整 はり灸 マッサージ
	・	1	2								柔整 はり灸 マッサージ
	・	1	2								柔整 はり灸 マッサージ
	・	1	2								柔整 はり灸 マッサージ
	・	1	2								柔整 はり灸 マッサージ
	・	1	2								柔整 はり灸 マッサージ
請求 小計	件						円		円		
請求 合計	件						円		円		

（注）1　この請求書は、川越市国民健康保険に加入している受給者について記入してください。
2　他法点数欄には、公費分点数がある場合に再掲でその点数を記入してください。
3　一部負担金等の額欄には、保険診療の一部負担金額を記入してください。

（川越市保健医療部　高齢・障害医療課）