

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

医療機関等

所在地
名称
氏名
電話番号

印

※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

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		受給者 氏名	施 術 内容等 ※該当を ○で囲む
							回数	標準 負担額		
	.	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		
	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。