

ひとり親家庭等医療に関する診療報酬(調剤)請求書(国保・社保)

平成 年 月 日

--	--	--	--	--	--

(あて先) 富士見市長

医療取扱機関の  
所在地及び名称  
開設者氏名  
電 話 ( )



請求金額 円  
(請求件数 件)  
平成 年 月分を下記のとおり請求します。

受給者番号	診療月	受給者名	総点数 (食事療養費を除く)	保険診療一部負担金
合 計				円

(注) 太枠内のみ記入してください。  
請求金額は、合計欄の金額を記入してください。  
国保・社保は、別書としてください。  
他法負担(結核予防法等)がある場合は、総点数欄に他法負担点数を括弧書きしてください。