

様式第5号(第5条関係)

こども医療費に関する診療報酬請求書 (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

請求金額 A  
(請求件数)

円 電話

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	種別 1 入院 2 外来 3 歯科 4 調剤 6 訪問 看護 7 柔道 整復	入院 外来 日数	総点数 (食事療 養費を除 く)	請求金額	食数	高額養 費限 度額	附加 給付 金
							食事標準 負担額		
							-----		
							-----		
							-----		
							-----		
							-----		
							-----		
							-----		
							-----		
							-----		
							-----		
合 計						A	円		

(注) 太枠内のみ記入してください。  
種別欄は、番号で記入してください。  
請求金額は、合計欄Aの金額を記入してください。  
国保・社保は、別書きとしてください。  
他法負担がある場合は、総点数欄に他法負担点数を括弧書きしてください。