

ひとり親家庭等医療に関する診療報酬請求書(国保・社保)

令和 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 ()

印

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

*4 受給者番号	*5 診療月	受給者名	*6 種別 1 入院 2 外来 3 歯科 6 訪問看護 7 柔道整復	*7 入院 及び 外来 日数	*8 総点数 (食事療 養費を除 く)	保険診療 一部負担金 イ	*9 自己 負担金 ロ	差引請求 額 イ-ロ	*11 食数	高額 療養費 限度額
									*12 食事標準 負担額	
合 計									円	

(注) ① 種別欄は、番号で記入してください。
 ② 請求金額は、合計欄の金額を記入してください。
 ③ 国保・社保は、別書としてください。
 ④ 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。