

重度心身障害者医療に関する診療報酬請求書（国保・社保）

平成 年 月 日

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

三 芳 町 長 様

医療取扱機関の  
所在地及び名称

開設者氏名

印

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。

継続 保 険 有 り	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 (食事療養除く)	保 険 診 療 一 部 負 担 金	食事日数	高 額 療 養 費 限 度 額	附 加 給 付 金
								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。

