

○ 親 ひとり親家庭等医療に関する診療報酬請求書(国保・社保)

年 月 日

(あて先)
三 芳 町 長

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

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)

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)	保険診療 一部負担金	自己 負担金	差引 請求金額	高額療養 費限度額	
									食事回数	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。