

ひとり親家庭等医療に関する診療報酬請求書

年 月 日

ふじみ野市長 宛て

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

医療機関等の
所在地及び名称
代表者氏名

㊞

電話番号 ()

請求金額 円
(請求件数 件)

年 月分を次のとおり請求します。

受給者番号	診療月	受給者名	種別	入院 外来 日数	総点数 (総医療費)	保 険 診 療 一 部 負 担 金
			1 入院 2 外来 3 歯科 4 調剤 6 訪問看護 7 柔道整復			
合 計						円

備考

- 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 他法負担がある場合は、総点数欄に他法負担点数をカッコ書きしてください。
- 4 療養費の請求の場合は、総医療費を記入してください。