様式第6号の2(第17条関係)

(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 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 イ	自　己負担金 ロ	差　引請求金額 イ－ロ	食事回数 食事標準負担額	高額療養費限度額
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。