

様式第6号の3(第17条関係)

(親) ひとり親家庭等医療に関する診療報酬(調剤)請求書(国保・社保)
(あて先) 年 月 日
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	総点数	保険診療 一部負担金
合 計				円

(注) 請求金額は、合計欄の金額を記入してください。
国保・社保は、別書としてください。
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。