

乳幼児医療に関する診療報酬請求書(国保・社保)

(あて先)
三 芳 町 長

年	月	日

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	食事回数	高額療養費 限度額	附加 給付金
							食事標準 負担額		
合 計						円			

(注) 種別欄は、番号で記入してください。
 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。