

子ども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 | 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)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。