

善通寺市中心身障害者等医療費助成請求書

市町コード		診療年月			医療区分	医療機関コード	診療科目	計算区分
0	2	4			5			4

月診療分

請求額	円
-----	---

上記のとおり請求いたしますので、下記の口座に振り込んでください。

年 月 日

善通寺市長 様

医療機関等の所在地

名称及び開設者氏名.....[㊞]

振込先.....銀行.....支店 普・当

口座番号.....

内 訳 書

行 番号	保険 区分	氏 名	受給者番号	入院 外来	診療報 酬点数	他法負 担点数	高 額 療養費	市 負担額	入院開始年月日 本月の入院日数
					点	点	円	円	. . 日
1	国社			入外					. . 日
2	国社			入外					. . 日
3	国社			入外					. . 日
4	国社			入外					. . 日
5	国社			入外					. . 日
6	国社			入外					. . 日
7	国社			入外					. . 日
8	国社			入外					. . 日
9	国社			入外					. . 日
10	国社			入外					. . 日
11	国社			入外					. . 日
12	国社			入外					. . 日
13	国社			入外					. . 日
14	国社			入外					. . 日
15	国社			入外					. . 日
								合計	

注) 診療月・診療科目ごとに集計すること。

(枚のうち 枚目)