□重度心身障害者等□母子家庭等　医療費請求書

　　　観音寺市長　宛て

　　下記のとおり実施したので、請求します。

記

　（　　　　年　　月診療分）

|  |  |
| --- | --- |
| 保険診療総点数 | 点 |
| 他法負担点数 | 点 |
| 一部負担金額 | 円 |
| 請求金額 | 円 |

　（振込口座　　　　銀行　　　　支店　　普通当座　預金　№　　　　　　）

　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　 　　　　　　医療機関名

　　　　　　 　　　　　住　　　所

　　　　　　　 　　　　氏　　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関コード

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

　　　　　 　　　　　　担当者氏名

　　　　　　 　　　　　電話番号

記載例

「重度心身障害者等」「ひとり親家庭等」のどちらかに✔を記入してください。

請求書は「重度心身障害者等」「ひとり親家庭等」で、それぞれ別葉としてください。

✔

□重度心身障害者等□母子家庭等　医療費請求書

　　　観音寺市長　宛て

　　下記のとおり実施したので、請求します。

受給者別一覧表の計と一致させ、金額は１円単位で記載してください。

記

　（　令和 ６ 年 ４ 月診療分）

|  |  |
| --- | --- |
| 保険診療総点数 | ３４，３２１円　点 |
| 他法負担点数 | ０円　点 |
| 一部負担金額 | １０，２９６　円 |
| 請求金額 | １０，２９６　円 |

　（振込口座　　　　銀行　　　　支店　　普通当座　預金　№　　　　　　）

記入する必要はありません

　　　　　令和 ６ 年 ５ 月 ９ 日

　　　　　 　　　　　　医療機関名　●●接骨院

医療機関名、住所、代表者氏名を記入し、押印してください。

　　　　　　 　　　　　住　　　所　観音寺市坂本町●丁目●番●号

　　　　　　　 　　　　氏　　　名　●●　●●

　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関コード

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ０ | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ |

　　　　　 　　　　　　担当者氏名　●●　●●

　　　　　　 　　　　　電話番号　●●●●－●●－●●●●

担当者の氏名と連絡先を記入してください。