

# 月分 重度心身障害者等医療費請求書

請求額	
-----	--

上記のとおり請求いたしますので下記口座に振り込んでください。

令和      年      月      日

宇多津町長      殿

名称

所在地

療養取扱機関

開設者

医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--

振込先      銀行      支店  
 普通・当座      口座番号

## 内 訳 書

受給資格者証番号	氏 名	保険種類	入院外来	医療費総点数	負担割合	他 法負担額	高額療養費 (保険者負担額)	診療報酬に係る負担金	入院開始年月日		請求金額
									本年	月の入院・通数	
1		社本・社家 国保・退本 退家	入 外	点	2割・3割	円	円	円	..	日	円
2		社本・社家 国保・退本 退家	入 外		2割・3割				..	日	
3		社本・社家 国保・退本 退家	入 外		2割・3割				..	日	
4		社本・社家 国保・退本 退家	入 外		2割・3割				..	日	
5		社本・社家 国保・退本 退家	入 外		2割・3割				..	日	
6		社本・社家 国保・退本 退家	入 外		2割・3割				..	日	
7		社本・社家 国保・退本 退家	入 外		2割・3割				..	日	
8		社本・社家 国保・退本 退家	入 外		2割・3割				..	日	
9		社本・社家 国保・退本 退家	入 外		2割・3割				..	日	
10		社本・社家 国保・退本 退家	入 外		2割・3割				..	日	
11		社本・社家 国保・退本 退家	入 外		2割・3割				..	日	
12		社本・社家 国保・退本 退家	入 外		2割・3割				..	日	
合 計											円

(      枚のうち      枚)