

月分 ひとり親家庭等医療費請求書

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



振込先 銀行 支店
普通・当座 口座番号

内 訳 書

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	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	請求金額
										年月日 入院・通数	
			社本・社家 国保・退本 退家	入外	点	2割・3割	円	円	円	・ ・ 日	円
			社本・社家 国保・退本 退家	入外		2割・3割				・ ・ 日	
			社本・社家 国保・退本 退家	入外		2割・3割				・ ・ 日	
			社本・社家 国保・退本 退家	入外		2割・3割				・ ・ 日	
			社本・社家 国保・退本 退家	入外		2割・3割				・ ・ 日	
			社本・社家 国保・退本 退家	入外		2割・3割				・ ・ 日	
			社本・社家 国保・退本 退家	入外		2割・3割				・ ・ 日	
			社本・社家 国保・退本 退家	入外		2割・3割				・ ・ 日	
			社本・社家 国保・退本 退家	入外		2割・3割				・ ・ 日	
			社本・社家 国保・退本 退家	入外		2割・3割				・ ・ 日	
			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)