

令和 年 月分 老人(垣老)医療費助成金請求書

大垣市長 様

医療機関
コード _____

保険医療機関等の所在地、名称、開設者氏名及び電話番号



次のとおり請求する。

令和 年 月 日

1 健保本人	2 健保家族
3 国保	4 国保組合

(該当するものに○をつけてください)

No.	受給者証番号	氏名	入院 外来 別	総点数	公費負担 点数	一部負担額	備考
1	6 0 2 -		入・外	点	点	円	
2	6 0 2 -		入・外				
3	6 0 2 -		入・外				
4	6 0 2 -		入・外				
5	6 0 2 -		入・外				
6	6 0 2 -		入・外				
7	6 0 2 -		入・外				
8	6 0 2 -		入・外				
9	6 0 2 -		入・外				
10	6 0 2 -		入・外				
請求		入院	件				
		外来	件				
決定		入院	件				
		外来	件				

1. 月遅れ請求分は、備考欄に診療年月を記入すること。
2. 柔整・はり灸マッサージ及び訪問看護ステーションについては、「点数」を「円」と読み換えて記入すること。
3. 請求書が複数枚になるときは、それぞれ合計を記入すること。