

様式第6号(第8条関係)

ひとり親家庭等医療費請求書

三豊市長 様

下記のとおり実施したので、請求します。

記

( 年 月診療分)

|             |   |
|-------------|---|
| 診 療 報 酬 点 数 | 点 |
| 他 法 負 担 点 数 | 点 |
| 一 部 負 担 金 額 | 円 |
| 請 求 金 額     | 円 |

年 月 日

医療機関名  
所在地  
代表者氏名  
責任者  
(所属名、役職名、氏名)  
担当者名  
(所属名、役職名、氏名)  
連絡先電話番号

医療機関コード

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