

特定呼吸器疾病患者医療費等支払請求書（病院・診療所用）

令和 年 月分

区 分		件 数	診療点数	食事療養（標準負担額）	金 額
請 求 額	入 院	件	点	円	円
	入院外	件	点		円
※ 審 査 済 額	入 院	件	点	円	円
	入院外	件	点		円
※ 決 定 額	入 院	件	点	円	円
	入院外	件	点		円
※ 過 誤 調 整 額	入 院	件	点	円	円
	入院外	件	点		円

上記のとおり請求する。

請 求 件 数	手 数 料
件	円

令和 年 月 日

（あて先）名 古 屋 市 長

医療機関 { 所在地 _____
 名 称 _____
 開設者氏名 _____

※の欄には記入しないでください。