

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

請 求 件 数	手 数 料
件	円

上記のとおり請求する。

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。