

名古屋市福祉給付金支払請求書
(医科)

県番号		表別	医療機関番号
2	3	1	

(宛先)
名古屋市長

医療機関所在地
名称
開設者氏名
電話

令和 年 月分を下記のとおり請求します。

金額	円
----	---

請求総件数 件分 _____ 枚の内
_____ 枚目

1 入外別は入院の場合のみ1を○で囲んでください。
2 加入保険は該当する数字(後期は国保)を○で囲んでください。
3 備考欄に月遅れ請求分の診療年月を記入してください。
4 一部負担金と総点数の両方を必ず記入してください。
5 自己負担の割合が3割の方は備考欄に「3割」、2割の方は備考欄に「2割」と記入してください。

番号	受番	給	者	証号	氏名	入外別		一部負担金	総点数	加入保険		備考
						入	外			国保	社保	
1						1	2			1	2	
2						1	2			1	2	
3						1	2			1	2	
4						1	2			1	2	
5						1	2			1	2	
6						1	2			1	2	
7						1	2			1	2	
8						1	2			1	2	
9						1	2			1	2	
10						1	2			1	2	
11						1	2			1	2	
12						1	2			1	2	
13						1	2			1	2	
14						1	2			1	2	
15						1	2			1	2	
16						1	2			1	2	
17						1	2			1	2	
18						1	2			1	2	
19						1	2			1	2	
20						1	2			1	2	
21						1	2			1	2	
22						1	2			1	2	
23						1	2			1	2	
24						1	2			1	2	
25						1	2			1	2	
計								円	点			