

令和 年 月 日

福 名古屋市福祉給付金支払請求書
(歯 科)

県番号		表別	医 療 機 関 番 号
2	3	3	

(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

番号	受 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			件		円	点			

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。