

名古屋市福祉給付金支払請求書

(調剤)

県番号		表別	薬局番号
2	3	4	

(宛先)
名古屋市長

薬局所在地
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	<input type="text"/>	円
----	----------------------	---

請求総件数 件分

____ 枚の内
____ 枚目

1 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。
2 備考欄に月遅れ請求分の診療年月を記入してください。
3 一部負担金と総点数の両方を必ず記入してください。
4 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	外来	一部負担金	総点数	加入保険		備考
									国保	社保	
1						2			1	2	
2						2			1	2	
3						2			1	2	
4						2			1	2	
5						2			1	2	
6						2			1	2	
7						2			1	2	
8						2			1	2	
9						2			1	2	
10						2			1	2	
11						2			1	2	
12						2			1	2	
13						2			1	2	
14						2			1	2	
15						2			1	2	
16						2			1	2	
17						2			1	2	
18						2			1	2	
19						2			1	2	
20						2			1	2	
21						2			1	2	
22						2			1	2	
23						2			1	2	
24						2			1	2	
25						2			1	2	
計					件		円	点			