

ひとり親家庭等医療費 給付用診療報酬一部負担金等報告書

年 月 日

皆野町長 様

保険医療機関等 所在地
名称
氏名

市町村国保、国民健康保険組合及び社会保険各法の領収済みの診療報酬一部負担金等について次のとおり報告します。

	受給者証番号	受給者氏名	診療月	外来・入院・調剤の別 ()内は入院日数	保険診療 総点数	診療報酬 一部負担金
1				外来・入院・調剤 ()日	点	円
2				外来・入院・調剤 ()日	点	円
3				外来・入院・調剤 ()日	点	円
4				外来・入院・調剤 ()日	点	円
5				外来・入院・調剤 ()日	点	円
6				外来・入院・調剤 ()日	点	円
7				外来・入院・調剤 ()日	点	円
8				外来・入院・調剤 ()日	点	円
9				外来・入院・調剤 ()日	点	円
10				外来・入院・調剤 ()日	点	円

※他法負担がある場合は、保険診療総点数欄に()書きで再掲してください。