

医療機関コード							
---------	--	--	--	--	--	--	--

* 手帳ごとに作成してください。

手帳区分 (○をつける)	1 医療手帳	2 水俣病被害者手帳
-----------------	-----------	---------------

療養費等支払請求書

年 月 分

区 分		件 数 (件)	総療養費 (円)	療 養 費 額 (円)	
入 院	療 養 費				
	食事療養費及び生活療養費				
	小 計				
入 院 外	国 保				
	社保本人				
	社保家族				
	退職者本人				
	退職者家族				
	前 期 高齢者	2割			
		3割			
	後 期 高齢者	1割			
		2割			
		3割			
	公 費 併 用 等				
小 計					
合 計		件	円	円	
診療報酬明細書 発行手数料 (@220円)		件		円	

上記のとおり請求します。

年 月 日 医療機関 所在地 (〒)

名 称
代表者名
電話番号 () -
FAX番号 () -

鹿児島県知事 殿

書類発行責任者		電 話 番 号	
担 当 者		電 話 番 号	

(この欄は記入不要です。)

決 定	療養費等	
	診療報酬明細書発行手数料	