|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第２号様式（第６条関係）　 　　 | 医療機関ｺｰﾄﾞ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

水俣病要観察者等研究治療費等支払請求書

年　　月分

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区 　　　　　　 分 | 件　数（件） | 請求金額（円） |
| 研究治療費 | 入院 | 療　養　費 |  |  |
| 入院時食事療養費 |  |  |
| 入院時生活療養費 |  |  |
| 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 | 一般 |  |  |
| 老人 |  |  |
|  そ　 の　 他 |  |  |
|  小　　　　計 |  |  |
|  合　　　　計 |  |  |
| 診療報酬明細書発行手数料(@220円) |  |  |

　上記のとおり請求します。

　 　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 所在地 |
| 　　　　　　　　　　　　　医療機関等 |  |  |
|  |  | 名　称 |

　　　　　　　　　　　　　　　開設者の氏名又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　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 | 研究治療費等 |  |
| 診療報酬明細書発行手数料 |  |