

遷延性意識障がい者治療費請求書

平成 年 月 日

福島県知事

所在地  
医療機関名称  
代表者

印

平成 年 月分の治療費を下記のとおり請求します。

金 円

内 訳

承認 番号	患者氏名	医療	介護	受療 日数	医療 保険 種別	A 総医療費または 総介護給付費	B 医療保険等 負担分	A-B 請求額
		入院 通院 往診 訪問 薬剤	看 护 居 宅 施 設		国 保 社 保 老 人 (割)	円	保険分 [ ]円 高額療養分 [ ]円	円
		入院 通院 往診 訪問 薬剤	看 护 居 宅 施 設		国 保 社 保 老 人 (割)	円	保険分 [ ]円 高額療養分 [ ]円	円
		入院 通院 往診 訪問 薬剤	看 护 居 宅 施 設		国 保 社 保 老 人 (割)	円	保険分 [ ]円 高額療養分 [ ]円	円
		入院 通院 往診 訪問 薬剤	看 护 居 宅 施 設		国 保 社 保 老 人 (割)	円	保険分 [ ]円 高額療養分 [ ]円	円
		入院 通院 往診 訪問 薬剤	看 护 居 宅 施 設		国 保 社 保 老 人 (割)	円	保険分 [ ]円 高額療養分 [ ]円	円

振込先

金融機関名		支店名						口座名義	
普通・当座	口座番号								

請求内容に合わせて「診療報酬明細書」または「介護給付費明細書」の写しを添付してください。