

様式第3号(第6条関係)

重度心身障害者等医療費請求書

三豊市長 様

下記のとおり実施したので、請求します。

記

(年 月診療分)

診療報酬点数	点
他法負担点数	点
一部負担金額	円
請求金額	円

年 月 日

医療機関名
所在地
代表者氏名
責任者
(所属名、役職名、氏名)

担当者
(所属名、役職名、氏名)

連絡先電話番号

医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--