

様式第7号(第6条関係)

子ども医療費請求書

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)

担当者名

(所属名、役職名、氏名)

連絡先電話番号

医療機関コード

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