

老人医療費請求書

(老人医療費一部負担金助成分)

所在地

名称

(宛先) 富山市長

医療機関等 開設者氏名

連絡先(TEL)

令和 年 月 分										(枚中の 枚目)									
外 来										入 院									
該当者番号					科別	診療月	薬剤処方に係る一部負担金額	一部負担金額	該当者番号					診療月	一部負担日数	一部負担金額			
						年 月	円	円						年 月	日	円			
1						.													
2						.													
3						.													
4						.													
5						.													
6						.													
7						.													
8						.													
9						.													
10						.													
11						.													
12						.													
13						.													
14						.													
15						.													
16						.													
17						.													
18						.													
19						.													
20						.													
21						.													
22						.													
23						.													
24						.													
25						.													
小 計					件		円	円	小 計					件	日	円			
医療機関コード					請求金額					件									