

手帳区分 ○を付ける	1 医療手帳	2 水俣病被害者手帳
---------------	--------	------------

医療機関コード(記入不要)									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

療養費支払請求書

年 月分

区 分		件 数 (件)	日 数 (日) 回 数 (回)	総療養費 (円)	療 養 費 請 求 額 (円)
入 院	療 養 費				
	食事療養員掛金 又は入院時生活療養費				
	小 計				
入 院 外	療 養 費				
	小 計				
公費併用等					
療養費等小計 (入院+入院外)		件	日	円	円
診療報酬明細書 発行手数料(@220円)		件			円
合 計					円

注) 添付書類 診療報酬明細書等

熊本県知事 様

上記のとおり請求します。

年 月 日

医療機関等 所在地 (〒)

医療機関名

代表者氏名

電話 番 号

振込口座の変更 有 ・ 無 (○で囲む)

※ 変更^有の場合は、口座振込依頼書を提出
してください。

提出方法	紙		
書類発行責任者		電話 番 号	
担 当 者		電話 番 号	