

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				
	食事療養負担金 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

上記のとおり請求します。

年 月 日

振込口座の変更 有 ・ 無

※ 変更<sup>有</sup>の場合は、変更依頼書を提出してください。

医療機関等 所在地 ( 干 )

医療機関名

電話番号

代表者氏名

印

熊本県知事 様