様式第6号の2(第17条関係)

ひとり親家庭等医療費明細書

医療機関コード

□ 枚中 □

(宛先) 吉川市長

次のとおり請求します。

所 在 地
名　　称
代表者名　　㊞

No.	① 受給者番号	② 生年月日 年	月	日	③ 受診者氏名	④ 診療 年	月	入	外	日数	⑤ 保険診療 総点数(点)	⑥ 保険診療一部負担金(円)	⑦ 備考(他法点数等)
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
⑧ 小　計		□□件										□□□□□□円	
⑨ 合　計		□□□□件										□□□□□□円	

(注)請求の受付は、診療月の翌々月の5日(この日が日曜日又は土曜日に当たるときは、その日後においてその日に最も近い休日、日曜日又は土曜日でない日)までとなり、診療3月後の20日(この日が日曜日又は土曜日に当たるときは、その日前においてその日に最も近い休日、日曜日又は土曜日でない日)の振込みになります。なお、それ以降の請求は、1月遅れの振込みになります。