様式第6号の2(第17関係)

ひとり親家庭等医療費明細書

医療機関コード	0枚中0
0000000	

(宛先) 吉川市長

次のとおり請求します。

所在地　吉川市きよみ野1－1
名　称　0000000
代表者名　0000000　吉川 印

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	2000000	R00	00	00	吉川　一郎	R000	00		0	1	333	1000	
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
⑧ 小　計			1件									1000円	
⑨ 合　計			1件									1000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。