

<医療機関へのお願い>

・保険適用の自己負担分について補完給付を受けるためのものです。下記事項の記入について格段の御配慮をお願いします。

※ 月毎、レセプト毎（医科・歯科別）に記入してください。（保険外や食事一部負担は除く）

※ 公費負担等がある場合は、備考欄に記入してください。

療養者氏名		被保険者証記号・番号		保険種別（○印をしてください。）	
医療機関領収内訳	病（科）	入院	診療年月	保険総点数	患者負担額
		外来	年月	点	円
	調剤薬局	調剤	年月	点	円
		薬局	年月	点	円
	整骨院	年月	総額	円	円
	備考（公費等記入）				⑧
					医療機関コード

<医療機関へのお願い>

・保険適用の自己負担分について補完給付を受けるためのものです。下記事項の記入について格段の御配慮をお願いします。

※ 月毎、レセプト毎（医科・歯科別）に記入してください。（保険外や食事一部負担は除く）

※ 公費負担等がある場合は、備考欄に記入してください。

療養者氏名		被保険者証記号・番号		保険種別（○印をしてください。）	
医療機関領収内訳	病（科）	入院	診療年月	保険総点数	患者負担額
		外来	年月	点	円
	調剤薬局	調剤	年月	点	円
		薬局	年月	点	円
	整骨院	年月	総額	円	円
	備考（公費等記入）				⑧
					医療機関コード

<医療機関へのお願い>

・保険適用の自己負担分について補完給付を受けるためのものです。下記事項の記入について格段の御配慮をお願いします。

※ 月毎、レセプト毎（医科・歯科別）に記入してください。（保険外や食事一部負担は除く）

※ 公費負担等がある場合は、備考欄に記入してください。

療養者氏名		被保険者証記号・番号		保険種別（○印をしてください。）	
医療機関領収内訳	病（科）	入院	診療年月	保険総点数	患者負担額
		外来	年月	点	円
	調剤薬局	調剤	年月	点	円
		薬局	年月	点	円
	整骨院	年月	総額	円	円
	備考（公費等記入）				⑧
					医療機関コード