

名古屋市福祉給付金支払請求書
(歯科)

県番号		点数	医療機関番号
2	3	3	

(あて先)

名古屋市長

医療機関所在地
名称
開設者氏名
電話番号

印

平成 年 月分を次のとおり請求します。

金額 円

請求総件数 件分

枚の内
枚目

番号	受給者証 番号	氏名	入外別		一部負担金	総点数	加入保険		備考
			入	外			国保	社保	
1			1	2			1	2	
2			1	2			1	2	
3			1	2			1	2	
4			1	2			1	2	
5			1	2			1	2	
6			1	2			1	2	
7			1	2			1	2	
8			1	2			1	2	
9			1	2			1	2	
10			1	2			1	2	
11			1	2			1	2	
12			1	2			1	2	
13			1	2			1	2	
14			1	2			1	2	
15			1	2			1	2	
16			1	2			1	2	
17			1	2			1	2	
18			1	2			1	2	
19			1	2			1	2	
20			1	2			1	2	
21			1	2			1	2	
22			1	2			1	2	
23			1	2			1	2	
24			1	2			1	2	
25			1	2			1	2	
小計			件		円	円			

- 3 備考欄に月おくれ請求分の診療年月を記入してください。
- 2 加入保険は該当する数字を○で囲んでください。
- 1 入外別は入院の場合のみ1を○で囲んでください。