

(あて先) 川口市長

(あはき用) 現物給付に係る医療費請求書

現物給付を適用した医療費について、下記のとおり請求します。

記

請求する医療費の種別 (請求する医療費に☑してください)
<input type="checkbox"/> 子ども医療費
<input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費
<input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費

件数 _____ 件

金額									円
----	--	--	--	--	--	--	--	--	---

詳細は別添の明細書（様式第7号）及び療養費の受領委任にあたり保険者等に申請した療養費支給申請書の写しのとおりで相違ありません。

(請求者)

施術所名称

所在地

施術管理者

連絡先