

手帳区分 ○を付ける	1 医療手帳	2 水俣病被害者手帳
---------------	--------	------------

医療機関コード(記入不要)									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 療養費支払請求書

年 月分

区分	件数(件)	日数(日) 回数(回)	総療養費(円)	療養費 請求額(円)
入院	療養費			
	食事療養負担金 又は入院時生活療養費	/	/	/
	小計			
入院外	療養費			
	小計			
公費併用等				
療養費等小計 (入院+入院外)		件	日	円
診療報酬明細書 発行手数料(@220円)		件	/	円
合計		/	/	円

注) 添付書類 診療報酬明細書等

熊本県知事 様

上記のとおり請求します。  
年 月 日

振込口座の変更 有 (←変更の場合○で囲んでください)  
※ 変更(有)の場合は、口座振込依頼書を提出してください。

【医療機関等】

所在地	(〒 )
医療機関名	
代表者氏名	
電話番号	
提出方法	紙
書類発行責任者	(電話番号)
担当者	(電話番号)

※太線枠内はすべて記入してください。