|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ３ | 医  １ | 歯  ３ | 調  ４ | 訪  ６ |

平成　　年　　月分

障害者医療費助成事業（医保用）差額分請求書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 都道府県コード | １ | ４ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関コード |  |  |  |  |  |  |  |

川崎市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地及び名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

＜振込先口座＞

金融機関名　　　　　　　　　　　　　預金種目

支店名　　　　　コード　　　　　　　口座番号

口座名義人

下記のとおり請求いたします。　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号  （７桁） | 受給者氏名 | 当初提出分の  療養の給付 | 今回提出分の  療養の給付 | 請求額  （差額分） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合　計 |  |  |  | 円  ￥ |

≪注意≫

正当な診療（調剤）報酬明細書または保険者による審査の済んだ診療（調剤）報酬明細書の写しを添付して、川崎市健康福祉局障害福祉課に提出してください。