

平成 年 月分

3	医	歯	調	訪
	1	3	4	6

〇〇〇〇医療費助成事業（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

⑩

<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)
記入例 1234567	〇〇 〇〇	500点	600点	(600-500)×3割 300円
記入例 1234567	〇〇 〇〇	500点×1割	500点×3割	500点×(3割-1割) 1,000円
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、川崎市〇〇局〇〇課に提出してください。