

結核療養費請求書

年 月 日

大 阪 市 長 様

医療機関所在地
医療機関名称
担 当 医 師

別紙明細書のとおり診療しましたので関係書類を添えて、次のとおり請求します。

請 求 金 額	金 円	請 求 内 容	科 年 月分診療費
患 者 氏 名		患 者 の 生年月日	年 月 日
患 者 の 住 所	大 阪 市 区		
公費負担者番号		患 者 票 の	年 月 日から
受 給 者 番 号		有 効 期 間	年 月 日まで
傷 病 名			

(注意事項)

- この請求書は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律の公費負担による医療を結核指定医療機関外で行った場合に提出します。
- 請求の際は、診療報酬明細書を添付して、結核患者票交付保健福祉センターへ提出してください。

年 月 日

本請求書の正当なることを認証する。

保健福祉センター所長

印