


1 医科	2 歯科	保険医療 機関番号	05-00000	甲・乙
------	-------------	--------------	----------	-----

生活保護法診療報酬請求書 (令和○年○月分)
レセプト作成月

令和○年○月○日

呉市福祉事務所長 殿

指定医療機関の所在地 呉市中央四丁目1-6
指定医療機関の名称 呉氏歯科医院
指定医療機関の開設者 呉氏 五郎



下記のとおり請求します。

保護実施機関別

区分	入院				
	件数	日数	点数	控除額	金額
請求					
※審査					
※決定					
※過誤整理					
区分	入院外				
	件数	日数	点数	控除額	金額
請求					
※審査					
※決定					
※過誤整理					
区分	歯科				
	件数	日数	点数	控除額	金額
請求	1	0	1,200		12,000円
※審査					
※決定					
※過誤整理					

呉市福祉事務所