**ガス障害者医療費請求書**

令和 　年 　月分下記のとおり請求します。

令和　年　月　日

広島県知事　殿

指定医療機関名

所在地

請求者名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請　　　　求 |  | 決　　　　定 |
| 件　　数 | 金　　　　　額 | 件　　数 | 金　　　　額 |
| 　　　　件　　 | 円 | * 件
 | * 円
 |

※印欄は記入しないでください。

内　　訳

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | 件　　数 | 金　　額 | 摘　　要 |
| 入　　院 |  |  |  |
| 外　　来 |  |  |  |
| 計 |  |  |  |