伊達市長　様

医療機関名

年　　月分　重度障がい者　医療費過誤依頼書

NO.

年　月　日　提出

市町村番号	市町村名	医療機関コード	医療機関名
070136	伊達市		

受給者証番号	(フリガナ) 受給者氏名(漢字)	※① 性別	※②生年月日 年号	年	月	日	※③ 本.家	診療年月 年	月	※④ 入外	※⑤ 公費法別	※⑥ 長	診療日数	点数	請求額 療養の給付分 一部負担金	※⑦ 増減	過誤理由	備考
										小計			件					

＜記載コードの説明＞

①性別：男→1　女→2

②生年号：明治→1　大正→2
　　昭和→3　平成→4

③本・家：本人→1　家族→2

④入　外：入院→1　入院外→2

⑤公費方別：法別番号を記入

⑥長：該当→1　非該当→空白

⑦増減：増→1　減→空白