様式第3号

|  |
| --- |
| 老人性白内障手術費請求書金　　　　　　　　　　円上記の金額を請求します。　　年　　月　　日請求者（本人）住　所　　三股町　　　　　　　番地氏　名　　　　　　　　　　　　　印（生年月日　　　　年　　月　　日）（　　　　　歳）三股町長　　　　　　　殿 |
|  | 手術を受けた医療機関 | 所　在　地 |  |  |
| 名　　　称 |  |
| 受療期間 | 　　年　　月　　日～　　年　　月　　日（入院　　　　日間、通院　　　日間）手術実施日　　　　　月　　日 |
| 加入している医療保険 | 1　国民健康保険2　健康保険被扶養者3　その他　（　　　　　　　　　　　） |
| 自己負担した　　　額 | 診療費 | 円 |
| 眼鏡代 | 円 |
| 付添看護料 | 円 |
| 移送費 | 円 |
| 合計 | 円 |
|  |