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 |
|  | | | | |