様式第4号

老人性白内障手術費概算払請求書

金　　　　　　　　　　　円

上記の金額の概算払を請求します。

　　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

|  |
| --- |
| 手術費の所要見込額は、次のとおりである。　　年　　月　　日医療機関名称（管理者氏名）印 |
|  | 自己負担額 | 左　　の　　診　　療　　期　　間 |  |
| 円 | 　　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日（入院　　　　日分、通院　　　　日分） |
|  |

（注）　概算払により受けとつた金額は、あなたが医療機関の窓口で支払つたのち、領収書をそえた請求書により精算いたします。

したがつて、超過額は、返納していただくことになります。