第５号様式（富士市）

診療報酬請求証明書

平成　　年　　月　　日

【療養取扱機関】

住　所

名　称

氏　名　　　　　　　　　　　　　印

電　話　（　　　）　　－

下記のとおり平成　　年　　月分の診療報酬を請求いたしました。

|  |  |
| --- | --- |
| 受診者氏名 | （男・女　　　才） |
| 保険種別 | 富士市国民健康保険 |
| 診療日数 | 平成　　年　　月　　日から  　　　平成　　年　　月　　日まで |
| 診療報酬請求点数 | 点 |

社会福祉法人

　富士市社会福祉協議会