第18号様式

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 治療材料等費用請求書  下記のとおり請求する。  　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　殿  居住地  氏名　　　　　　　　　　印  記 | | | | | |
| 承認番号 |  | | 承認月日 | 年　　月　　日 | |
| 請求金額 | 円 | | | | |
| 1　治療材料 | 2　移送 | 3　施術 | | | 4　看護 |
|  | から  まで  円 | 月　　日から  　　月　　日まで  　　　回分  1回単価  円 | | | 月　　日から  　　月　　日まで  　　　日分  1日単価  円 |
| 指定医療機関名  担当医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  施術業者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | |
| 備考  治療材料費を請求するときは、業者の請求書を添付すること。 | | | | | |