

第5号様式

(あて先)

社会福祉法人

富士市社会福祉協議会

## 診療報酬請求証明書

年 月 日

### 【療養取扱機関】

住 所

名 称

氏 名

印

電 話 ( ) ー

下記のとおり 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	年 月 日から 年 月 日まで
診療報酬請求点数	点