

(別紙)

平成 30 年台風 7 号等大雨による被災に関する概算による診療報酬請求に関する届出書
(平成 30 年 6 月診療分)

保険医療機関コード・薬局コード・ステーションコード		
平成 30 年台風 7 号等大雨による被災に関する概算による診療報酬の請求を行いたいので、次のように届け出ます。		
保険医療機関等の 所在地 及び 名称 :		平成 年 月 日
開設者名・事業者氏名 :		印
審査支払機関 殿		
平成 30 年 6 月の診療実日数を記入すること。		
[入院・外来別診療実日数]		
(外来診療実日数) 6 月分 ____ 日間		(入院診療実日数) 6 月分 ____ 日間