

(別紙)

平成 30 年台風 21 号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 8 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 | |
|---|--|
| <p>平成 30 年台風 21 号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。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>保険医療機関等の 所在地 及び 名称 :</p> <p style="text-align: right;">開設者名・事業者氏名 : 印</p> <p>審査支払機関 殿</p> | |
| <p>平成 30 年 8 月の診療実日数を記入すること。</p> <p>[入院・外来別診療実日数] (外来診療実日数) 8 月分 ____ 日間</p> <p>(入院診療実日数) 8 月分 ____ 日間</p> | |