

福祉医療費自己負担額支払明細書変更（修正）依頼書

年 月 日

表 別 医科・歯科・調剤・柔整・訪問

保 険 区 分 国保 社保

医療機関コード _____

医療機関名 _____

T E L _____

担 当 者 名 _____

連合会送付の診療情報

公費負担者番号	受給者番号	保険者番号	氏 名	割 合	実日数	診療年月	入外区分	合計点数	自己負担額

変更後の診療情報

公費負担者番号	受給者番号	保険者番号	氏 名	割 合	実日数	診療年月	入外区分	合計点数	自己負担額

変更理由