

(様式2) 【 年 月分】 新型コロナウイルス感染症診察報告書

診察日	氏名	生年月日	助成対象・委任の確認	助成金請求額 (上限:3,000円)	福祉医療等 受給者証の種類	備考
8/1	丹波 太郎	S40.7.3	<input checked="" type="checkbox"/>	2,900 円		
8/12	氷上 花子	H17.4.16	<input checked="" type="checkbox"/>	800 円	母子	
7/15	柏原 次郎	H5.6.20	<input checked="" type="checkbox"/>	2,900 円		保険証切換による月遅れ
		. . .	<input type="checkbox"/>	円		
			<input type="checkbox"/>			
		. . .	<input type="checkbox"/>	円		
		. . .	<input type="checkbox"/>	円		
		. . .	<input type="checkbox"/>	円		月遅れ請求となった理由等、特記事項があればご記入ください。
		. . .	<input type="checkbox"/>	円		
		. . .	<input type="checkbox"/>	円		
		. . .	<input type="checkbox"/>	円		
		. . .	<input type="checkbox"/>	円		
		. . .	<input type="checkbox"/>	円		
		. . .	<input type="checkbox"/>	円		
		. . .	<input type="checkbox"/>	円		
		. . .	<input type="checkbox"/>	円		
		. . .	<input type="checkbox"/>	円		
		. . .	<input type="checkbox"/>	円		
		. . .	<input type="checkbox"/>	円		
		. . .	<input type="checkbox"/>	円		
		. . .	<input type="checkbox"/>	円		
		. . .	<input type="checkbox"/>	円		

記入例

上記のとおり報告いたします

令和 年 月 日

実施医療機関

所在地

名称

医療機関長名

電話番号 () -

メールアドレス

◎ 電話番号・メールアドレスを記載することで押印を省略できます
メールアドレスがない場合は、記載不要とします