

## 診療報酬明細書（レセプト）発行申請書

(申請日)

年 月 日

(宛先) 四日市市長

申請者	フ リ ガ ナ 氏 名	
	住 所	〒 一
	電 話 番 号	
	受診者との関係	本人・配偶者・子・その他 ( )
	申 請 理 由	自費診療の療養費請求のため

下記の者について、診療報酬明細書（レセプト）の発行を申請します。

受診者	フ リ ガ ナ 氏 名	
	生 年 月 日	T · S · H · R 年 月 日
	受 診 日	令和 年 月 日

下記の書類をすべて同封のうえ、郵送で提出してください。

- 診療費請求書兼領収書（写し）  
 返信用封筒（※返信用の切手をお貼りいただき、受取人の住所・氏名をご記入ください。）

## 【申請書郵送先】

〒510-0085

三重県四日市市諏訪町 2 番 2 号

四日市市保健所 保健企画課 企画係

## 【問い合わせ先】

四日市市保健所 保健企画課 企画係

TEL 059-354-8281

月曜日から金曜日の 8 時 30 分から 17 時 15 分まで  
ただし祝・休日、12 月 29 日から 1 月 3 日を除く

## 処理欄

受領日	発行日	郵送日
/	/	/