

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	〒 ー
	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。）

<p>【申請書郵送先】</p> <p>〒510-0085</p> <p>三重県四日市市諏訪町 2 番 2 号</p> <p>四日市市保健所 保健企画課 企画係</p>	<p>【問い合わせ先】</p> <p>四日市市保健所 保健企画課 企画係</p> <p>Tel 059-354-8281</p> <p>月曜日から金曜日の 8 時 30 分から 17 時 15 分まで</p> <p>ただし祝・休日、12 月 29 日から 1 月 3 日を除く</p>
---	--

処理欄		
受領日	発行日	郵送日
／	／	／