



# 医療費請求書

令和 年 月 日

国  
保  
特  
例  
社  
保  
・  
国  
保  
組  
合  
用

県番号	表別	医療機関番号	併設	割引
2	3	3		

長様

医療機関所在地  
名称  
開設者氏名  
電話



令和 [ ] 年 [ ] 月分を下記のとおり請求します。

金額 円

請求総件数 枚の内  
件分 枚

番号	受給者証番	受給者証号	氏名	区分	総点数	結点	精数	請求割合	市町村負担額	備考
1				入				2・1		
2				入				2・1		
3				入				2・1		
4				入				2・1		
5				入				2・1		
6				入				2・1		
7				入				2・1		
8				入				2・1		
9				入				2・1		
10				入				2・1		
11				入				2・1		
12				入				2・1		
13				入				2・1		
14				入				2・1		
15				入				2・1		
16				入				2・1		
17				入				2・1		
18				入				2・1		
19				入				2・1		
20				入				2・1		
21				入				2・1		
22				入				2・1		
23				入				2・1		
24				入				2・1		
25				入				2・1		
計				件	点	点			円	

※ 特例退職被保険者は、その旨(特退等) 国保特例の場合は特例と表示市町村名 加入保険が国保組合の場合は組合名 月遅れ・返戻分の再請は診療年月

を必ず備考欄に記入して下さい。

但し、社会保険及び国保組合のレセプトが返戻されても、点数、割合が変わらない場合は、医療費請求書に再請求の必要はありません。