

子ども
障害者
母子・父子家庭
精神障害

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 | 1 | | |

長様

医療機関所在地
名称
開設者氏名
電話

入院

令和 年 月 日 月分を下記のとおり請求します。

金額 円 請求総件数 件分 枚の内 枚

| 番号 | 受給者証号 | 氏名 | 総点数 | 結精 点数 | 請求 割合 | 市町村負担額 | 備考 |
|----|-------|----|-----|----------|----------|--------|----|
| 1 | | | | | 2・1 | | |
| 2 | | | | | 2・1 | | |
| 3 | | | | | 2・1 | | |
| 4 | | | | | 2・1 | | |
| 5 | | | | | 2・1 | | |
| 6 | | | | | 2・1 | | |
| 7 | | | | | 2・1 | | |
| 8 | | | | | 2・1 | | |
| 9 | | | | | 2・1 | | |
| 10 | | | | | 2・1 | | |
| 11 | | | | | 2・1 | | |
| 12 | | | | | 2・1 | | |
| 13 | | | | | 2・1 | | |
| 14 | | | | | 2・1 | | |
| 15 | | | | | 2・1 | | |
| 16 | | | | | 2・1 | | |
| 17 | | | | | 2・1 | | |
| 18 | | | | | 2・1 | | |
| 19 | | | | | 2・1 | | |
| 20 | | | | | 2・1 | | |
| 21 | | | | | 2・1 | | |
| 22 | | | | | 2・1 | | |
| 23 | | | | | 2・1 | | |
| 24 | | | | | 2・1 | | |
| 25 | | | | | 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。