

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

入院外

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 件分 枚の内 枚

番号	受給者証番号	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							

※ 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。