

子 ども
障 害
母 子
精 神
障 害
特 例

医療費請求書

平成 年 月 日

国 保 特 例

社 保 ・ 国 保 組 合 用

長 様

医療機関所在地
名 称
開 設 者 氏 名
電 話

県番号	表別	医療機関番号	併設	割引
2	3	1		



平成 年 月 分を下記のとおり請求します。

金額 円 請求総件数 件 分の内 枚

番号	受給者証番号	氏名	総点数	結点数	精算割合	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							点	点	円

※ 特例退職被保険者は、その旨(特退等)を必ず備考欄に記入して下さい。
 国保特例の場合は特例と表示
 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月

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。