

子ども障害者家庭
精神障害者

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
電話番号

平成

年

月分を下記のとおり請求します。

印

入院

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	結点数	精算割合	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							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し市町村名 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。