

子ども  
障害者  
母子家庭

# 医療費請求書

平成 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  
電話番号



平成 年 月 日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	区分	総点数	精算点数	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							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。  
 国保特例の場合に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

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。