

福祉医療費支給申請・請求明細書(社保・国保組合用)

平成 年 月 診療分

① 社 保 2. 国 保 3. 国保組合	① 一 般 3. 退 本 2. 老 人 4. 退 家	前期高齢者 8 7	一部負担割合 2 3 割
----------------------------	-------------------------------	-----------------	--------------------

保険者 番号	0 1 3 8 0 0 0 1	前期高齢者の場合、一部負担割合が2割の方は8を○で囲み、一部負担割合欄は2を○で囲んでください。また、一部負担割合が3割の方は7を○で囲み、一部負担割合欄は3を○で囲んでください。
市町村 番号	右づめで記入	
公費負担者 番号	8 1 3 8 0 0 1 6	公費負担医療 受給者番号
患者氏名	国保 太郎	性別
		生年月日
		明・大・昭・平 12年 1月 1日

1 入院	診療日数( )日間 平成 年 月 日~ 平成 年 月 日	2 外来	診療日数 (3)日間	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 11・12・13・14・15・16・17・18・19・20 21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31
---------	------------------------------------	---------	---------------	---

傷病名 及び 期間	*高額療養費(21 月以上)に該当する時のみ記入して ください	特定疾病等 「02→1」「16→2」「17→3」 「18→4」「19→5」を記入。
-----------------	---------------------------------------	---

診療報酬 請求明細 内訳	総診療報酬点数			5,200 点
	他法公費種別、 自己負担月額、 及び負担額	精神 1 育成	結核 2 特疾	更生 3 その他
	自己負担月額	円		
	公費負担額	円		
請求金額				520 円

請求年月日 平成 年 月 日

施術機関コードを記入

医療機関コード番号	診療科 コード*
0080000	

医療機関等 愛媛県松山市高岡町1丁目  
所在地

名称 国保整骨院

氏名 国保 次郎

印

備考

備考
----