

ひとり親家庭等医療費請求書

(市町村用)

年 月分下記のとおり請求する

年 月 日

医療機関コード

市町村長 様

医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名
Tel

印

※記載要領裏面

区分	保険給付	件数	診療報酬請求総点数(レセプトの総点数)及び限度額等	一部負担金	請求事務手数料	区分	件数	診療報酬請求総点数(レセプトの総点数)及び限度額等	一部負担金
請求	(75) 7割	件	点	円	円	※決	件	点	円
	(75) 8割								
	(75) 限度額		円					円	
求	長期高額					定			
	(77) 結・精								

(内訳書)

診療年月	受給者番号 患者氏名	入院外来 区分	診療報酬請求総点数(レセプトの総点数)及び限度額			請求金額		一部負担金	備考
			(75) 7割 点	(75) 8割 点	(75) 限度額 円	長期高額疾病 円	結核・精神 結・精 円		
年 月		入・外					結・精 円	初・課 円	
年 月		入・外					結・精 円	初・課	
年 月		入・外					結・精 円	初・課	
年 月		入・外					結・精 円	初・課	
年 月		入・外					結・精 円	初・課	
年 月		入・外					結・精 円	初・課	
年 月		入・外					結・精 円	初・課	
年 月		入・外					結・精 円	初・課	
年 月		入・外					結・精 円	初・課	
小計		件数	件	件	件	件	件	円	
		点数及び金額	点	点	円	円	円		