

ひとり親家庭等医療費請求書

年 月分下記のとおり請求する。

年 月 日

(宛先) 江別市長

医療機関コード

医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号

印

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	※決定	件	点	円	
	⑦⑤ 8割									
	⑦⑤ 限度額		円					円		
	⑦⑦	長期高額								
		結・精								

(内 訳 書)

診療年月	受給者番号		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			⑦⑦ 請求金額		一部負担金	備考
	患者氏名			保険給付			長期高額疾病	結核・精神		
年 月				⑦⑤ 7割	⑦⑤ 8割	⑦⑤ 限度額		結核・精神		
年 月			入・外	点	点	円	円	結・精 円	初・課 円	
年 月			入・外					結・精	初・課	
年 月			入・外					結・精	初・課	
年 月			入・外					結・精	初・課	
年 月			入・外					結・精	初・課	
年 月			入・外					結・精	初・課	
年 月			入・外					結・精	初・課	
年 月			入・外					結・精	初・課	
年 月			入・外					結・精	初・課	
小 計			件数	件	件	件	件	件	円	
			点数及び金額	点	点	円	円	円		