

ひとり親家庭等医療費請求書 (医療機関用)

年 月分下記のとおり請求する
年 月 日

(宛先) **小樽市長**

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) ㊞

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	㉔ 7割	件	点	円	円	※ 決 定	件	点	円
	㉔ 8割								
	㉔ 限度額		円					円	
	㉔ 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			㉔ 請求金額		一部 負担金	備考
	受給者氏名						保 険 給 付			長期高額疾病	結・精 神		
							㉔ 7割	㉔ 8割	㉔ 限度額				
年 月						入・外	点	点	円	円	結・精 神	初・課	
						入・外					結・精 神	初・課	
						入・外					結・精 神	初・課	
						入・外					結・精 神	初・課	
						入・外					結・精 神	初・課	
						入・外					結・精 神	初・課	
						入・外					結・精 神	初・課	
						入・外					結・精 神	初・課	
						入・外					結・精 神	初・課	
						入・外					結・精 神	初・課	
小	計					件数	件	件	件	件	件	円	
						点数及び金額	点	点	円	円	円		