

福祉医療費請求書 (社保用)

平成 年 月分下記のとおり請求する。
平成 年 月 日

保険医療機関

所在地
名称
開設者氏名 (印)

請求先	兵庫県知事	保険者コード	県番号	保険医療機関コード	表別	割合
	市・(町)長様	2 8 9 9 9 1	2 8		医科 1 3 歯科	1 2 3

1	受給者氏名	生年月	公費負担者番号		受給者番号	診療年月	入 外	日 数	点 数	一部負担金	備 考
			法別	県番号							
1			2	8			1				
2			2	8			2				
3			2	8			1				
4			2	8			2				
5			2	8			1				
6			2	8			2				
7			2	8			1				
8			2	8			2				
9			2	8			1				
10			2	8			2				
11			2	8			1				
12			2	8			2				
13			2	8			1				
14			2	8			2				
15			2	8			1				
16			2	8			2				
17			2	8			1				
18			2	8			2				
19			2	8			1				
20			2	8			2				
請求合計					件	日		点		円	
※決定合計					件	日		点		円	

- (注) 1 市・町別・表別・割合別に作成してください。
 2 入・外欄の入院は「1」、外来は「2」に○印を付してください。
 3 点数欄は福祉医療対象点数を記入してください。
 4 診療年月欄には該当年月以外は必ず記載してください。
 5 乳幼児医療(法別80、81)、子ども医療(法別47、48)については、生年月を記載してください。
 (例・平成23年10月生の場合、42310と記載)
 6 高額長期疾病分は、受給者氏名欄左欄外に(長)と記載し、備考欄に(02)を記載してください。ただし、上位所得者で自己負担額が2万円の場合は、受給者氏名欄左欄外に(長2)と記載し、備考欄に(16)を記載してください。