

平成 年 月分福祉医療費【連記式】請求総括表

表別 県番 医療機関等コード 保険医療機関等の所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

10

保 険 者 番 号	割 合 区 分 等					入・外		件 数	点 数	福 祉 医 療 費 額
	1 一般	2 70歳割 2	3 70歳割 3	4 6歳	1 特	1 入	2 外			
5										
10										
15										
20										

- 注1 表別欄は右表の番号を記載してください。
- 2 保険者番号欄は福祉医療費【連記式】請求書の保険者番号を記載してください。
- 3 割合区分等欄及び入外欄は該当箇所を○で囲んでください。
なお、障害者総合支援法等公費負担医療、㊤、高額（高齢受給者を除く。）に係わる請求については該当箇所並びに「特」を○で囲んでください。
- 4 福祉医療費請求額欄は「高齢受給者の入院及び入院外の高額・特」該当の場合、金額を記載してください。
- 5 訪問看護は請求金額を点数欄に記載してください。

表 別	1	医科
	3	歯科
	4	調剤
	6	訪問