

平成

年

月分

福祉医療費請求書に係る請求書【集計票】

保険医療機関の  
所在地及び名称  
開設者氏名

印

医療機関コード					
公費法別	入・外	件数	点数	金額	備考
	入院				
	入院外				
	入院				
	入院外				
	入院				
	入院外				
	入院				
	入院外				
	入院				
	入院外				
	入院				
	入院外				
	入院				
	入院外				
	入院				
	入院外				
	入院				
	入院外				
	入院				
	入院外				
	入院				
	入院外				

\* 福祉医療費(公費法別43・46・72・73・74・75・76)の請求書【集計票】です。公費法別ごとに合計を記載してください。