

平成 年 月分

① ひとり親家庭等医療費助成事業（医保用）請求書

3	医 1	歯 3	調 4	訪 6	柔 9
---	--------	--------	--------	--------	--------

都道府県コード	1	4
---------	---	---

神奈川県市町村長 殿

医療機関コード									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

②

下記のとおり請求いたします。

平成 年 月 日

助成費用 請求先市町村番号 (公費負担者番号)	療養の給付		ひとり親家庭等医療 助成事業一部負担金		一部負担金		食事療養	
	件数	点数	件数	金額	件数	金額	件数	標準負担額
8514								
8514								
8514								
8514								
8514								
8514								
8514								
8514								
8514								
合計								
※ 決 定								

件 数 の 再 掲 欄	種 別	入外区分	件 数	種 別	入外区分	件 数
	本人・入院		11	高齢者・入院7割		19
	家族・入院		15	高齢者・入院9割		17
	就学前・入院・8割		13	高齢者・入院外7割		10
	本人・入院外		12	高齢者・入院外9割		18
	家族・入院外		16			
	就学前・入院外・8割		14	③		02

- 注1) ※欄は記入しないでください。
- 注2) 訪問看護・柔整においては、点数欄には金額を記入してください。
- 注3) ひとり親家庭等医療費助成事業一部負担金欄には、ひとり親家庭等医療費助成制度の規定に基づき、患者から徴収した一部負担金の入院・入院外の合計額を記載してください。