

子 ども  
 障 害 者  
 母 ひとり親家庭等

# 医療費請求書

平成 年 月 日

国  
保  
特  
例

社  
保  
・  
国  
保  
組  
合  
用

(あて先)  
**名古屋市長**

医療機関所在地  
 名 称  
 開 設 者 氏 名  
 電 話

県番号	表別	医療機関番号	併設	割引
2	3	3		

歯科

平成 年 月 分を下記のとおり請求します。

金額 円

請求総件数 枚の内  
 件分 枚

番号	受給者証号	氏名	区分	総点数	結精 点数	請求 割合	市町村 負担額	備考
1			入			2・1		
2			入			2・1		
3			入			2・1		
4			入			2・1		
5			入			2・1		
6			入			2・1		
7			入			2・1		
8			入			2・1		
9			入			2・1		
10			入			2・1		
11			入			2・1		
12			入			2・1		
13			入			2・1		
14			入			2・1		
15			入			2・1		
16			入			2・1		
17			入			2・1		
18			入			2・1		
19			入			2・1		
20			入			2・1		
21			入			2・1		
22			入			2・1		
23			入			2・1		
24			入			2・1		
25			入			2・1		
計			件	点	点		円	

※ 特例退職被保険者は、その旨（特退等）  
 国保特例の場合は特例と表示市町村名  
 加入保険が国保組合の場合は組合名  
 月遅れ・返戻分の再請求は診療月  
 を必ず備考欄に記入して下さい。

但し、社会保険及び国保組合のレセプトが返戻されても、点数、割合が変わらない場合は、医療費請求書による再請求の必要はありません。