

(子) 子ども
 (障) 障害者
 (母) 母子・父子家庭
 (精) 精神障害

医療費請求書

令和 年 月 日

国保特例
 社保・国保組合用

県番号	表別	機関番号
2	3	3

医療機関所在地
 名称
 開設者氏名
 電話

長 殿

歯科

令和 年 月分を下記のとおり請求します。

金額 円 請求総件数 件分 枚の内 枚

番号	受給者証号	氏名	区分	総点数	結点	精数	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ください

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、医療費請求書に再請求の必要はありません。