

(様式第6号)

医療機関・指定訪問看護コード

医科 歯科 調剤 訪問

# 福 医療福祉費請求書

有効期限

診療分まで

保険医療機関等の所在地及び名称  
開設者氏名

電話番号

分の医療福祉費を下記のとおり請求します。

福受給者証  
記号番号

茨一

受給者  
氏名

男女

生年月日

生

被保険者証  
記号番号

保険種別

国・退・政・組・船・共・国組

保険者番号

本人・家族区分

患者負担限度額(老人・前期高齢者)

一定以上所得・一般・低所得II・低所得I

保険請求  
点数

点

公費負担等

精・結  
訪問看護

点

患者負担  
割合金額

3割・2割・1割

外来・入院の別

保険請求  
金額

円

特定疾患(難)  
長期高額疾病(長)  
在総診等

(基本利用料)

患者負担

外来  
入院  
訪問看護

外来診療  
実日数

日

外来自己負担金額  
(重度を除く)

500円×

回

決定点数  
決定金額

割合金額

円

高齢  
重度者

請求点数

点

決定点数

点

請求金額

円

決定金額

円

入院日数

長期入院

該当・非該当

日

標準負担額

円

請求  
決定

780円×

日

※減額

円×

日

食事療養

円

円

円

訪問日  
(訪問看護)

日( . . . . . )

備考