



川越市老人医療費請求書

平成18年12月21日

医療機関コード									

所在地

名称

氏名

請求金額 円
（本人負担額を控除した金額を記載してください。）

印

受給者番号	診療年月	入院来	外日数	総点数	他法点数	一部負担金等の額	本人負担額	入院時		受給者氏名	診療科	備考
								食事療養	標準額			
								日数	負担額			
請求小計							円	円	円			
請求合計							円	円	円			

(注) 1 この請求書は、川越市国民健康保険・国保組合・社会保険に加入している受給者について記入して下さい。
 2 他法点数欄には、公費分点数（結核予防法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等によるもの）がある場合に再掲でその点数を記入して下さい。
 3 一部負担金等の額欄には、3割の金額を記入して下さい。
 4 総合病院の場合は、診療料欄に科名を記入して下さい。