

障

# 医療費請求書

医療機関コード

医療機関等の  
所在地及び名称  
開設者氏名

印

本人     家族  
 入院     入院外

診療分

医療費受給者証 負担者番号及び受給者番号									受給者氏名	
診療報酬合計点数	点							公費負担	医療費の額	
								2割・3割	※ 円	

診療報酬合計点数が2万点以上の場合										
保	険	者	番	号						
記	号	番号								

注1) 本人・家族の口欄及び入院・入院外の口欄に必ずレ印を付けること。 2) 公費負担額は該当を必ず○印で囲むこと。  
3) ※欄は医療機関等で記入しないこと。 4) 診療報酬合計点数が2万点以上の場合、保険者番号・記号・番号を記入すること。