

# 分医療費請求書(入院用)

下記のとおり請求いたしますので、下記口座へ振り込んで下さい。

- 1. 心身障害者
  - 2. 母子家庭等
  - 3. 乳 児
  - 7. 幼 児(3・4・5歳)
- (1. 2. 3. 7いずれかに○)

医療機関コード

名 称

所 在 地

電 話 番 号

代表者または名義人

印

振 込 先

銀行

支店 普・当 口座番号

※振込先は変更がなければ記入する必要はありません。

坂出市長 殿

## 内 訳 書

### 合 計 請 求 額

No.	受給者番号	氏 名	診療科目	保険種別	入院開始年月日		入院日数	合計請求額		高額療養費	医療負担請求金額
								医療費総点数	他法負担点数		
1		( 年 月 日生)		社保・国保 退本・退扶		継続					
2		( 年 月 日生)		社保・国保 退本・退扶		継続					
3		( 年 月 日生)		社保・国保 退本・退扶		継続					
4		( 年 月 日生)		社保・国保 退本・退扶		継続					
5		( 年 月 日生)		社保・国保 退本・退扶		継続					
6		( 年 月 日生)		社保・国保 退本・退扶		継続					
7		( 年 月 日生)		社保・国保 退本・退扶		継続					
8		( 年 月 日生)		社保・国保 退本・退扶		継続					
9		( 年 月 日生)		社保・国保 退本・退扶		継続					
10		( 年 月 日生)		社保・国保 退本・退扶		継続					
小 計			件								
合 計			件								

各受給資格ごと、1枚目に請求金額の合計(入院と外来の合計額)をご記入下さい。  
 医療機関コード、電話番号は必ずご記入下さい。  
 日数の欄をご記入下さい。

( 枚のうち 枚目)