

医療費自己負担額支払明細書（新規・訂正）

（医科・歯科・訪問看護用）

大分県国民健康保険団体連合会 殿

医療機関名称： 医療法人 オルカ医院ああああああああああああ
ああああ

①データ区分	事業区分	②機関区分	報告年月		医療機関等番号	
1	1	1	5	01	11	4411234567

下記のとおり送付する
令和 1年11月15日

電話番号： 03-3946-2121

公費負担者番号	公費受給者番号	③種別	保険者番号	受給者氏名 (カナ・英字)	生年月日				④性別	⑤入外	⑥割合	診療年月			⑦実日数	⑧合計点数 (費用額)	⑨自己負担支払額 (円)	公費法別	特記事項	備考
					号	年	月	日				号	年	月						
12345678	1234567	2	01440015	オオイタ タロウ	3	59	04	15	1	2	3	5	01	07	1	282	850			
12345678	1234567	2	01440015	オオイタ ジロウ	3	59	04	15	1	2	3	5	01	07	1	282	850			
12345678	184	2	01440015	オオイタ テスト	3	59	04	15	1	2	3	5	01	07	1	282	560	54	28	

※この明細書は、大分県国民健康保険団体連合会に提出する
 ※請求書が2枚以上にわたる場合は頁数/総頁数に記載する
 ※請求年月、生年月日、診療年月の号:昭和「3」、平成「4」、令和「5」

①データ区分:新規分「1」、訂正分「2」
 ②機関区分:医療機関(医科・歯科・調剤)「1」、訪問看護「2」
 ③種別:国保「1」、社保「2」、後期「3」
 ④性別:男「1」、女「2」、その他「3」
 ⑤入外:入院「1」、入院外「2」
 ⑥割合:自己負担割合に応じて「1」「2」「3」
 ⑦実日数:診療月における診療実日数を記載する
 ⑧合計点数:レセプトで請求する医療保険適用の点数、訪問看護ステーションの場合は費用額
 ⑨自己負担支払額:医療費給付自動償還の場合、保険給付分の自己負担支払額（実際に支払われた金額）