| 医(○)科 | 歯　科 |
|---|---|

都道府県番号　10　　医療機関コード　1234567

# 令和　1年　5月分　福祉医療費【連記式】明細書（入院）

前橋市　市町村長様

保険医療機関の所在地及び名称（電話番号）
東京都文京区本駒込２－２８－１６
医療法人　オルカ医院
03-3946-0001

| 割合区分 |
|---|
| 一　般 |
| ７０歳２割 |
| ７０歳３割 |
| ６　○　歳 |
| (特)　略称等 |
| 高 |

| | 公費負担者番号 / 受給者番号 | 受給者氏名 / 性別 / 生年月日 | 点数 | 福祉医療費請求額 | 食事回数 / 食事標準負担額 | 医療保険の保険者番号 | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 81100011 / 1234567 | 群馬　テスト / ①2 男女 / 3 4 ⑤ 昭平令 1．5．1 | 1,576 | 3,152 | | 234013 | |
| 2 | | / 1 2 男女 / 3 4 5 昭平令 | | | | | |
| 3 | | / 1 2 男女 / 3 4 5 昭平令 | | | | | |
| 4 | | / 1 2 男女 / 3 4 5 昭平令 | | | | | |
| 5 | | / 1 2 男女 / 3 4 5 昭平令 | | | | | |
| 6 | | / 1 2 男女 / 3 4 5 昭平令 | | | | | |
| 7 | | / 1 2 男女 / 3 4 5 昭平令 | | | | | |
| 8 | | / 1 2 男女 / 3 4 5 昭平令 | | | | | |
| 9 | | / 1 2 男女 / 3 4 5 昭平令 | | | | | |
| 10 | | / 1 2 男女 / 3 4 5 昭平令 | | | | | |
| 合計 | | | 1,576 | 3,152 | | | |

注1　割合区分欄は、該当する箇所を○で囲み、(特)略称等欄は右表の略称等を記載してください。
2　点数欄は、療養の給付に係わる点数を記載してください。
3　福祉医療費請求額欄は、(特)略称等欄に略称等を記載した場合と、高齢受給者に係わる福祉医療費請求額を記載してください。
4　医療保険の保険者番号欄は、福祉医療受給者が加入している医療保険の保険者番号を記載してください。
5　備考欄は、多・税に該当する場合は、多・税、限度額適用認定証の所得区分欄現役並みⅢ・Ⅱ・Ⅰに該当する場合は「ア」「イ」「ウ」、多数該当の場合は「多ア」「多イ」「多ウ」、月遅れ分は診療年月を記載してください。
また、減額認定証の適用区分欄Ⅱ・Ⅰに該当する者は、「Ⅱ」・「Ⅰ」を記載してください。
6　自己負担限度額特例対象被扶養者等の請求については、備考欄に「高半」を記載してください。

| (特)　略称等欄に記載が必要な請求 | 略称等 |
|---|---|
| 障害者自立支援法等公費負担医療 | 各法番 |
| (長) | 02 |
| 高齢受給者を除く高額（多数該当、非課税世帯、多数該当、非課税世帯を含む。） | 高 |