

記 載 例

医科外来用

船橋市長 様

船橋市母子家庭、父子家庭等医療費の助成について
下記により請求します。

医療機関住所 船橋市湊町2-10-25
電話番号 047-436-3316
医療機関名称 船橋市役所医院
及び氏名 船橋 太郎 印

平成 15 年 8 月 診療分 (医 科 外 来 用)

区分	受給者証番号	受給者の氏名	診療報酬明細書 による総医療点数	保険区分	保険負担割合	通院回数	受給資格者負担金 200円×回数 ①	備 考
1	1234	船橋 花子	2,522 点	社保・国保	0.5割・1割・2割・3割	3 回	600 円	
2	6789	千葉 次郎	3,000 点	社保・国保	0.5割・1割・2割・3割	5 回	1,000 円	
3	3456	千葉 太郎	250 点	社保・国保	0.5割・1割・2割・3割	2 回	350 円	
4			点	社保・国保	0.5割・1割・2割・3割	回	円	
5	※1回の保険診療一部負担金が、受給資格者負担金(200円)に満たない時がある場合は、その額を①欄にご記入ください。(上記「千葉太郎」の例)							
6								
7								
8			点	社保・国保	0.5割・1割・2割・3割	回	円	
9			点	社保・国保	0.5割・1割・2割・3割	回	円	
10			点	社保・国保	0.5割・1割・2割・3割	回	円	
計			点			回	円	

注 1人の受給者で同月内に入院と外来がある場合は、別々に記入してください。

1回の保険診療一部負担金が、受給資格者負担金①の200円に満たない時はその額をご記入ください。

1人の受給者で2ヶ月以上の請求がある場合は、用紙を別にしてください。

備考欄は、他の公費負担がある場合、他の公費負担額を差し引いた自己負担金をご記入ください。

振込先が変更になるときは、必ずご記入ください。

口座変更 有・無(どちらかに○をつけてください。)

銀行名	支店名 (支店コード3ケタ)	口座番号	名義人 (フリガナ)
船橋 銀行	市役所 支店 (123)	普通・当座 1234567	船橋市役所医院 船橋 太郎

捨印



医科外来用

船橋市長 あて

船橋市母子家庭、父子家庭等医療費の助成について
下記により請求します。

医療機関住所
電話番号
医療機関名称
及び氏名

印

平成 年 月 診療分（医科外来用）

区分	受給者証番号	受給者の氏名	診療報酬明細書 による総医療点数	保険区分	保険負担割合	通院回数	受給資格者負担金 200円×回数 ①	備 考
1			点	社保・国保	1割・2割・3割	回	円	
2			点	社保・国保	1割・2割・3割	回	円	
3			点	社保・国保	1割・2割・3割	回	円	
4			点	社保・国保	1割・2割・3割	回	円	
5			点	社保・国保	1割・2割・3割	回	円	
6			点	社保・国保	1割・2割・3割	回	円	
7			点	社保・国保	1割・2割・3割	回	円	
8			点	社保・国保	1割・2割・3割	回	円	
9			点	社保・国保	1割・2割・3割	回	円	
10			点	社保・国保	1割・2割・3割	回	円	
計			点			回	円	

注 1人の受給者で同月内に入院と外来がある場合は、別々に記入してください。

1回の保険診療一部負担金が、受給資格者負担金①の200円に満たない時はその額をご記入ください。

1人の受給者で2ヶ月以上の請求がある場合は、用紙を別にしてください。

振込先が変更になるときは、必ずご記入ください。

備考欄は、他の公費負担がある場合、他の公費負担額を差し引いた自己負担金をご記入ください。

口座変更 有・無(どちらかに○をつけてください。)

銀行名	支店名 (支店コード3ケタ)	口座番号	名義人 (フリガナ)
銀行	支店 ()	普通・当座	

捺印

記 載 例

船橋市長 様

入院用

船橋市母子家庭、父子家庭等医療費の助成について
下記により請求します。

医療機関住所 船橋市湊町2-10-25
電話番号 047-436-3316
医療機関名称 船橋市役所医院
及び氏名 船橋 太郎

印

平成 18 年 4 月 診療分 (入院用)

区分	受給者証番号	受給者の氏名	診療報酬明細書 による総医療点数	保険区分	保険負担割合	入院日数	受給資格者負担金 200円×日数 ①	入院時食事療養費 標準負担額②	備 考
1	1234	船橋 花子	2,522 点	社保・国保	1割・2割・3割	1 日	200 円	780 円(260 円×3 回)	
2	6789	千葉 次郎	3,000 点	社保・国保	1割・2割・3割	10 日	2,000 円	7,020 円(260 円×27回)	
3	3456	千葉 太郎	250 点	社保・国保	1割・2割・3割	25 日	5,000 円	19,500 円(260 円×75回)	
4			点	社保・国保	1割・2割・3割	日	円	円(円× 回)	
5			点	社保・国保	1割・2割・3割	日	円	円(円× 回)	
6			点	社保・国保	1割・2割・3割	日	円	円(円× 回)	
7			点	社保・国保	1割・2割・3割	日	円	円(円× 回)	
8			点	社保・国保	1割・2割・3割	日	円	円(円× 回)	
9			点	社保・国保	1割・2割・3割	日	円	円(円× 回)	
10			点	社保・国保	1割・2割・3割	日	円	円(円× 回)	
計			点			日	円	円(円× 回)	

注 1人の受給者で同月内に入院と外来がある場合は、別々に記入してください。

1日の保険診療一部負担金が、受給資格者負担金①の200円に満たない時はその額をご記入ください。

振込先が変更になるときは、必ずご記入ください。

1人の受給者で2ヶ月以上の請求がある場合は、用紙を別にしてください。

口座変更 有・無(どちらかに○をつけてください。)

備考欄は、他の公費負担がある場合、他の公費負担額を差し引いた自己負担金(②は含まず)をご記入ください。

銀行名	支店名 (支店コード3ケタ)	口座番号	名義人(フリガナ)
船橋 銀行	市役所 支店 (123)	普通・当座 1234567	船橋市役所医院 船橋 太郎

捺印

船橋市長 様

入院用

船橋市母子家庭、父子家庭等医療費の助成について
下記により請求します。

医療機関住所
電話番号
医療機関名称
及び氏名

印

平成 年 月 診療分（入院用）

区分	受給者証番号	受給者の氏名	診療報酬明細書 による総医療点数	保険区分	保険負担割合	入院日数	受給資格者負担金 200円×日数 ①	入院時食事療養費 標準負担額 ②	備 考
1			点	社保・国保	1割・2割・3割	日	円	円(円× 回)	
2			点	社保・国保	1割・2割・3割	日	円	円(円× 回)	
3			点	社保・国保	1割・2割・3割	日	円	円(円× 回)	
4			点	社保・国保	1割・2割・3割	日	円	円(円× 回)	
5			点	社保・国保	1割・2割・3割	日	円	円(円× 回)	
6			点	社保・国保	1割・2割・3割	日	円	円(円× 回)	
7			点	社保・国保	1割・2割・3割	日	円	円(円× 回)	
8			点	社保・国保	1割・2割・3割	日	円	円(円× 回)	
9			点	社保・国保	1割・2割・3割	日	円	円(円× 回)	
10			点	社保・国保	1割・2割・3割	日	円	円(円× 回)	
計			点			日	円	円	

注 1人の受給者で同月内に入院と外来がある場合は、別々に記入してください。

1日の保険診療一部負担金が、受給資格者負担金①の200円に満たない時はその額をご記入ください。

1人の受給者で2ヶ月以上の請求がある場合は、用紙を別にしてください。

振込先が変更になるときは、必ずご記入ください。

備考欄は、他の公費負担がある場合、他の公費負担額を差し引いた自己負担金(②は含まず)をご記入ください。

口座変更 有・無(どちらかに○をつけてください。)

銀行名	支店名 (支店コード3ケタ)	口座番号	名義人 (フリガナ)
銀行	支店 ()	普通・当座	

捺印