

障 心身障害者医療費請求書(社保用)

(前期高齢者を除く)

保険医療機関
コ ー ド

東京都知事殿
下記のとおり請求いたします
平成 年 月 日

診療年月 平成 年 月 分

医科	歯科	調剤	訪問
1	3	4	6

医療機関等所在地
名称 (電 話)
開設者

障 受給者証				負担者番号 受給者番号	保険者番号	受給者名	負担割合	入院 外来別	診療 日数	請求額	総点数 (一部負担あり)	備考
8	0	1	3				2割(2)	入(3)	日	円	点	1
9							3割(3)	外(4)				
8	0	1	3				2割(2)	入(3)	日	円	点	2
9							3割(3)	外(4)				
8	0	1	3				2割(2)	入(3)	日	円	点	3
9							3割(3)	外(4)				
8	0	1	3				2割(2)	入(3)	日	円	点	4
9							3割(3)	外(4)				
8	0	1	3				2割(2)	入(3)	日	円	点	5
9							3割(3)	外(4)				
8	0	1	3				2割(2)	入(3)	日	円	点	6
9							3割(3)	外(4)				
8	0	1	3				2割(2)	入(3)	日	円	点	7
9							3割(3)	外(4)				
8	0	1	3				2割(2)	入(3)	日	円	点	8
9							3割(3)	外(4)				
8	0	1	3				2割(2)	入(3)	日	円	点	9
9							3割(3)	外(4)				
8	0	1	3				2割(2)	入(3)	日	円	点	10
9							3割(3)	外(4)				
9	9	9	9		合計			件		円	作成者	

請求書送付先
東京都庁八丁目区役所5階5-11階
東京都国民健康保険団体連合会

(注) 1 請求書は診療年月ごとに別用紙に記入願います。
2 保険者番号は、省略しないで記入願います。
3 特定疾病(自己負担限度額10,000円/20,000円)、更生(育成)、結核医療等に該当する場合は、備考欄に長・長2、更・育・結等を記入願います。
4 入院等で限度額適用認定証を提示した場合は、限度額適用認定証の適用区分欄(A・B・C)と同様の記載をしてください。ただし、3の適用がある場合は3の記載が優先となります。