

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
□ ー □

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

内科	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

(印)

内

訳

受給者証	負担者番号		保険者番号	受給者名	負担割合	入院 外別	診療 日数	請求額	総点数 (部(組合))	備考
	受給者番号	受給者番号								
8013					2割(2)	入(3)	11	円	点	
9					3割(3)	外(4)			部	円
8013					2割(2)	入(3)	11	円	点	
9					3割(3)	外(4)			部	円
8013					2割(2)	入(3)	11	円	点	
9					3割(3)	外(4)			部	円
8013					2割(2)	入(3)	11	円	点	
9					3割(3)	外(4)			部	円
8013					2割(2)	入(3)	11	円	点	
9					3割(3)	外(4)			部	円
8013					2割(2)	入(3)	11	円	点	
9					3割(3)	外(4)			部	円
8013					2割(2)	入(3)	11	円	点	
9					3割(3)	外(4)			部	円
8013					2割(2)	入(3)	11	円	点	
9					3割(3)	外(4)			部	円
9	9	9	9	合計		件		円	作成者	

- (注) 1 請求者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。

請求書送付先

2-0072

東京都千代田区蔵前3-5-1 中央区政会館511階
 東京都国民健康保険団体に加入の命

障 前

心身障害者医療費請求書

(前期高齢者・社保用)

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

診療年月 平成 年 月 分

平成 年 月 日

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

印

内 訳

障 受給者証	負担者番号		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 (一部負担金)	備考
	受給者番号	受給者番号								
8013					1割(1)	入(3)	日	円	点	1
9					3割(3)	外(4)				
8013					1割(1)	入(3)	日	円	点	2
9					3割(3)	外(4)				
8013					1割(1)	入(3)	日	円	点	3
9					3割(3)	外(4)				
8013					1割(1)	入(3)	日	円	点	4
9					3割(3)	外(4)				
8013					1割(1)	入(3)	日	円	点	5
9					3割(3)	外(4)				
8013					1割(1)	入(3)	日	円	点	6
9					3割(3)	外(4)				
8013					1割(1)	入(3)	日	円	点	7
9					3割(3)	外(4)				
8013					1割(1)	入(3)	日	円	点	8
9					3割(3)	外(4)				
8013					1割(1)	入(3)	日	円	点	9
9					3割(3)	外(4)				
8013					1割(1)	入(3)	日	円	点	1
9					3割(3)	外(4)				
9	9	9	9	9	合計	件		円	作成者	

請求書送付先

12-0072

東京都千代田区飯田橋3-5-1 東京都政会館5F11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 後期高齢者の請求は前期高齢者と別に請求書を作成してください。保険者番号欄を2段にし、上段に被保険者番号を記入してください。
 3 保険者番号を省略しないで記入願います。
 4 特定疾病(自己負担限度額10,000円)・更生・結核医療等に該当する場合は、備考欄に長・更・結等を記入願います。
 5 保険の自己負担が1割の場合は80136との併用はありません。

(親) ひとり親家庭等
 (乳) 乳 幼 児
 (子) 義務教育就学児

医療費請求書(社保用)

保険医療機関
コ ー ド

区市町村長殿
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

医療機関等所在地
名称(電話)
開設者

医科	歯科	調剤	訪問
1	3	4	6

内 訳

(親)(乳)(子)負担者番号 医療証 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 (一部負担金)	備考
8 1 3			1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	日	円	点	1
8 1 3			1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	日	円	点	2
8 1 3			1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	日	円	点	3
8 1 3			1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	日	円	点	4
8 1 3			1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	日	円	点	5
8 1 3			1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	日	円	点	6
8 1 3			1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	日	円	点	7
8 1 3			1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	日	円	点	8
8 1 3			1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	日	円	点	9
8 1 3			1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	日	円	点	10
9 9 9 9	合計			件		円	作成者	

請求書送付先

〒102-0072

東京都千代田区飯田橋3-5-1
東京都国民健康保険団体連合会
東京区政会館5-11階

(注) 1 請求書は診療年月ごとに記入する。
 2 請求額は、保険等の自己負担額(1割~3割)。ただし、高額療養費(多数該当を含む)が現物給付される場合は、限度額適用認定証に応じた自己負担限度額)から一割負担金を差し引いた額を記入する。
 3 総点数欄下段には、(親)(乳)(子)の場合は一部負担金相当額(食費標準償還負担額又は生活費標準償還負担額を除く)を記入する(10円未満四捨五入)。(イ)本表(乳)の子の高級療養費(多数該当を含む)が現物給付される場合は、自己負担限度額の2/3の額(1円未満四捨五入)を、それ以外の場合は、総点数×2(1円単位まで)の額(食費標準償還負担額を除く)を、記入する。
 4 備考欄は、(ア)特定疾病(特定疾病療養受給証の自己負担限度額10,000円・20,000円)・更生医療・育成医療・結核医療・精神医療・小児慢性・都医療・前期高齢者等に該当する場合、それぞれ長・異2・更・育・結・精・後・都・前等を記入してください。(イ)医科・歯科入院等において、限度額適用認定証の提示があった場合は、限度額適用認定証の適用区分欄(A、B、C)と同様の記入をしてください。ただし、(ア)及び(イ)が適用する場合については、(イ)の記載の必要はありません。