

平成 年 月分福祉医療費総括表

様式 1 2 6	保 険 医 療 機 関 コ ー ド 1	保 険 医 療 機 関 の 所 在 地 及 び 名 称 2 開設者氏名	表 別 医科 歯科 調剤
11			

市町村 コード 3 5	市 町 村 名	区 分 1 5 1 8	請 求					調 整					決 定		
			件 数 2 1 2 4	総 点 数 2 9 3 7	薬 一 部 負 担 金 3 8 4 6	一 負 担 部 金 4 7 5 5	件 数 5 6 5 9	点 数 6 0 6 8	薬 一 部 負 担 金 6 9 7 7	一 負 担 部 金 7 8 8 6	結 精 点 数 8 7 9 5	決 定 請 求 額 9 6 1 0 4			
		乳妊	13・70												
		障 I	13・80												
		障 II	13・85												
		ひとり親	13・90												
		乳妊	13・70												
		障 I	13・80												
		障 II	13・85												
		ひとり親	13・90												
		乳妊	13・70												
		障 I	13・80												
		障 II	13・85												
		ひとり親	13・90												
		乳妊	13・70												
		障 I	13・80												
		障 II	13・85												
		ひとり親	13・90												
		乳妊	13・70												
		障 I	13・80												
		障 II	13・85												
		ひとり親	13・90												
999	合 計														

※保険医療機関は太枠内（保険医療機関コード、所在地、開設者氏名、市町村名、請求欄）を記入ください。
 障 I は「水色」、障 II は「黄色」の請求書の区分となっています。
 障 II（13・85）は、一部負担金領収額を本表の「一部負担金」欄に記入してください。

1	2	医療費区分	1	2	3	7	8	9	0	保険区分	1	2	3	4	5	6	7	8	9
入院	入院外		乳幼	妊(中毒)	妊(糖尿)	妊(貧血)	妊(産科出血)	妊(心疾患)	妊(切迫早産)		社被保険者	社被扶養者	国一般被保険者	国被保険者退職者	国被扶養者退職者	国9保組合割	国8保組合割	国7保組合割	

福祉医療費請求書

市町村コード 0 3 6

年 月 日

南砺市長 様 医療機関コード _____

医療機関等の所在地名称
開設者氏名 (印)

平成 年 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

受給資格番号		氏名	1. 男 2. 女
受給期限	年 月 日	生年月日	1. 昭和 年 月 日 2. 平成 年 月 日
保険者名又は 保険者番号		被保険者証 記号番号	

総点数	公費負担点数	薬剤一部負担金額	決定請求額
点	点	円	円
(貧血の血色素 g/dl)			

- (注)
1. この請求書は、入院・入院外ごとに作成します。
 2. 医療区分は、該当するものを○でかこんでください。
また、市町村コードは、(別紙)により記入してください。
 3. 医療機関等は、太文字、太枠内のみに記入してください。
また、貧血の場合は、申請時の血色素g数を記入してください
 4. 更生(育成)医療、精神医療等公費負担がある場合は、二重線枠内にその種類を記入してください。
 5. その他の欄(受給者番号、氏名、医療費区分、保険区分等)は、市町村で記入してください。

入通院日数

様式第6号

給付割合 9・8・7

1	2	医療費区分	4	1	②	3	4	5	6	7	8	9
入院	入院外		障	1	2	3	4	5	6	7	8	9
				1	2	3	4	5	6	7	8	9
				社被保者	社被扶養保者	国一般被保険者	国被保・退職者	国被扶養・退職者	国9保組合割	国8保組合割	国7保組合割	

福祉医療費請求書

市町村
コード

036

平成 年 月 日

南砺市

様

医療機関
コード

医療機関等の所在地名称
開設者氏名

印

平成 年 月分 の福祉医療費を下記のとおり請求します。

受給資格番号		氏名	1. 男 2. 女
受給期限	平成 年 月 日	生年月日	1. 昭和 年 月 日 2. 平成 年 月 日
保険者名又は (保険者番号)		被保険者証 記号番号	
総点数	公費負担点数	薬剤一部負担金額	決定請求額
点	点	円	円

- (注) 1. この請求書は、入院・入院外毎に作成します。
 2. 医療機関等は、太文字、太枠内のみに入力してください。
 3. 公費負担点数欄は、対象点数と種類を記入し、長期高額疾病等の患者負担額がある場合は、決定請求欄にご記入ください。また、結核・精神医療については総点数の上段にその点数を () 書きで記入ください
 4. その他の欄 (受給資格番号、氏名、保険区分等) は、市町村で記入してください。

給付割合 9・8・7

1	2	医療費区分	5	保険区分	2	③	4	5	6	7	8	9
入院	入院外		障 65歳～ (一部負担金有) 70歳未満用		社被扶養保者	国一般被保険者	国被保退職者	国被保退職者	国9保組合割	国8保組合割	国7保組合割	

福祉医療費請求書

市町村コード **036**

平成 年 月 日

南砺市

様

医療機関コード _____

医療機関等の所在地名称
開設者氏名

印

平成 年 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

受給資格番号		氏名	1. 男 2. 女
受給期限	平成 年 月 日	生年月日	昭和 年 月 日
保険者名又は 保険者番号		被保険者証 記号番号	

入院・外来・保険薬局の別 (該当欄をチェックして下さい)	一部負担金領収額 (老人保健法の一部負担金相当額)
(該当欄をチェックして下さい) <input type="checkbox"/> 入院 (年 月 日入院) 入院外 { <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 保険薬局	円 受給者負担割合区分証の医療機関等の窓口での負担割合 <input type="checkbox"/> 1割 ・ <input type="checkbox"/> 2割

総点数	公費負担点数	決定請求額
点	点	円

- (注) 1. この請求書は、入院・入院外毎に作成します。
 2. 医療機関等は、太文字、太枠内のみに記入してください。
 3. 公費負担点数欄は、対象点数と種類を記入し、長期高額疾病等及び入院の高齢受給者の患者負担額がある場合は、決定請求欄にご記入下さい。また、結核・精神医療については総点数の上段にその点数を () 書きで記入下さい。
 4. その他の欄 (受給資格番号、氏名、保険区分等) は、市町村で記入してください。

1	2	医療費区分	6	保険区分	1	2	3	4	5	6	7	8	9
入院	入院外		親		社被保者	社被扶養者	国一般被保者	国被保退職者	国被扶養退職者	国9保組合割	国8保組合割	国7保組合割	

福祉医療費請求書

市町村コード

036

平成 年 月 日

南砺市長

様

医療機関
コード

医療機関等の所在地及び名称
開設者氏名

印

平成 年 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

受給資格番号		氏名	1.男 2.女
受給期限	年 月 日	生年月日	1.明 2.大 3.昭 4.平 年 月 日
保険者名又は 保険者番号		被保険者証 記号番号	
総点数	公費負担点数	薬剤一部負担金額	決定請求額
点	点	円	円

- (注) 1. この請求書は、入院・入院外ごとに作成します。
 2. 医療機関等は、太文字、太枠内のみに入力してください。
 3. 公費負担点数欄は、対象点数と種類を入力し、長期高額疾病等及び入院の高齢受給者の患者負担額がある場合は、決定請求欄にご記入下さい。また、結核・精神医療については総点数の上段にその点数を()書きで記入下さい。
 4. その他の欄(受給者番号、氏名、保険区分等)は、市町村で入力してください。