

福祉医療費請求書記載例

福祉医療費請求書 (社保用)				所在地		名 称		開 設 者 氏 名	
平成 23 年 10 月分下記のとおり請求する。				平成 23 年 11 月 10 日					
請求先	神戸市	市・(町) 区 様	保険者コード	原番号	保険医療機関コード	表 別	割 合		
			2 8 9 9 9 1	2 8	5 1 0 9 9 9 9	医科 歯科	1 2 8		
						(1) (3)			
受給者氏名	生年月	公費負担者番号 法別 所属号 実施主体	受給者番号	診療年月	入 外	日数	点 数	一部負担金	備 考
兵庫 A郎	4 1 1 0 4	4 7 2 8 ○ ○ ○ ○	1 1 1 1 1 1		(2)	1	5 0 0	1 0 0 0	
兵庫 B子	4 1 2 0 5	4 7 2 8 ○ ○ ○ ○	2 2 2 2 2 2		(2)	2	5 0 0 0 0	5 4 9 5 4	
兵庫 C男	4 1 3 0 6	4 8 2 8 ○ ○ ○ ○	3 3 3 3 3 3		(1)	3	5 0 0 0 0		
兵庫 D子	4 1 1 0 7	4 8 2 8 ○ ○ ○ ○	4 4 4 4 4 4		(2)	4	5 0 0 0 0		
		2 8			1				
		2 8			1				
		2 8			1				
		2 8			1				
		2 8			1				
		2 8			1				
		2 8			1				
		2 8			1				
		2 8			1				
		2 8			1				
		2 8			1				
		2 8			1				
		2 8			1				
		2 8			1				
		2 8			1				
		2 8			1				
		2 8			1				
		2 8			1				
請求合計			4 冊	10 日			150,500 点	55,954 円	
※決定合計			冊	日			点	円	

(注) 市・町別・表別・割合別に作成してください。
 入・外欄の入院は「1」、外来は「2」に○印を付してください。
 点数欄は福祉医療対象点数を記入してください。
 診療年月欄には該当年月以外は必ず記載してください。
 乳幼児医療(法別69、81)、こども医療(法別47、48)については、生年月を記載してください【例・平成15年4月生の場合、415
 高額長期療病分は、受給者氏名欄左欄外に(長)と記載し、備考欄に(02)を記載してください。