

福祉医療費請求書

(重度心身障害者、乳幼児及びひとり親家庭医療費)

1327

山口県

市町長 殿

年 月 日

福祉医療費負担者番号

81358888

保険 医療 機関	コード	
	所在地	
	名称	
	開設者氏名	

印

DC	C	診療年月 (年) (月)	入・外	福祉医療費受給者証 記号・番号 (記号) (番号)	性別	氏 名
1	9	8888	2	888 - 888888	1	
生年月日 (年号) (年) (月) (日)			保険者番号	給付	特殊	入院年月日 (年号) (年) (月) (日)
88888888			88888888	2	8	88888888
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結核点数	決定点数		
88	88	88888888	88888888	88888888		
88	88888888	88888888	88888888	88888888		
福祉医療費請求額	一部負担金					備 考
88888888	88888888					

DC	C	診療年月 (年) (月)	入・外	福祉医療費受給者証 記号・番号 (記号) (番号)	性別	氏 名
2	9	8888	2	888 - 888888	1	
生年月日 (年号) (年) (月) (日)			保険者番号	給付	特殊	入院年月日 (年号) (年) (月) (日)
88888888			88888888	2	8	88888888
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結核点数	決定点数		
88	88	88888888	88888888	88888888		
88	88888888	88888888	88888888	88888888		
福祉医療費請求額	一部負担金					備 考
88888888	88888888					

DC	C	診療年月 (年) (月)	入・外	福祉医療費受給者証 記号・番号 (記号) (番号)	性別	氏 名
3	9	8888	2	888 - 888888	1	
生年月日 (年号) (年) (月) (日)			保険者番号	給付	特殊	入院年月日 (年号) (年) (月) (日)
88888888			88888888	2	8	88888888
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結核点数	決定点数		
88	88	88888888	88888888	88888888		
88	88888888	88888888	88888888	88888888		
福祉医療費請求額	一部負担金					備 考
88888888	88888888					

(数字記入例) 0123456789

注意事項
用紙の記入は黒のボールペンで記入して下さい
用紙は折り曲げたり、汚したりしないで下さい

【コード】

〔入・外〕 入院	…1	高齢受給者入院(高入-)	…7	〔性別〕 男	…1	〔特殊 長〕	…5 (1万円)	〔給付〕 7割	…7
外来	…2	高齢受給者外来(高外-)	…8	女	…2		…2 (2万円)	8割	…8
入院(義務教育就学前)	…3	高齢受給者入院(高入7)	…9	〔年号〕 昭和	…3			9割	…9
外来(義務教育就学前)	…4	高齢受給者外来(高外7)	…0	平成	…4				

福祉医療費請求書

(重度心身障害者、乳幼児及びひとり親家庭医療費)

2327

山口県

市町長 殿

年 月 日

福祉医療費負担者番号

□□□□□□□□

保険医療機関	コード	
	所在地 名称	
	開設者氏名	

DC 1	C 9	診療年月 (年) (月) □□ □□	入・外 □	福祉医療費受給者証 記号・番号 (記号) (番号) □□□□ - □□□□□□	性別 (男・1 女・2) □	氏名 □□□□□□□□
生年月日 (年号) (年) (月) (日) □□ □□ □□ □□		保険者番号 □□□□□□□□ □□		給付割合 □□	特殊 □	入院年月日 (年号) (年) (月) (日) □□ □□ □□ □□
診療科目 □□	日数 □□	福祉医療費請求点数 □□□□□□□□	結核点数 □□□□□□□□	決定点数 □□□□□□□□		
□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	備考 □□□□□□□□□□		
福祉医療費請求額 □□□□□□□□		一部負担金 □□□□□□□□				

DC 2	C 9	診療年月 (年) (月) □□ □□	入・外 □	福祉医療費受給者証 記号・番号 (記号) (番号) □□□□ - □□□□□□	性別 (男・1 女・2) □	氏名 □□□□□□□□
生年月日 (年号) (年) (月) (日) □□ □□ □□ □□		保険者番号 □□□□□□□□ □□		給付割合 □□	特殊 □	入院年月日 (年号) (年) (月) (日) □□ □□ □□ □□
診療科目 □□	日数 □□	福祉医療費請求点数 □□□□□□□□	結核点数 □□□□□□□□	決定点数 □□□□□□□□		
□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	備考 □□□□□□□□□□		
福祉医療費請求額 □□□□□□□□		一部負担金 □□□□□□□□				

DC 3	C 9	診療年月 (年) (月) □□ □□	入・外 □	福祉医療費受給者証 記号・番号 (記号) (番号) □□□□ - □□□□□□	性別 (男・1 女・2) □	氏名 □□□□□□□□
生年月日 (年号) (年) (月) (日) □□ □□ □□ □□		保険者番号 □□□□□□□□ □□		給付割合 □□	特殊 □	入院年月日 (年号) (年) (月) (日) □□ □□ □□ □□
診療科目 □□	日数 □□	福祉医療費請求点数 □□□□□□□□	結核点数 □□□□□□□□	決定点数 □□□□□□□□		
□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	備考 □□□□□□□□□□		
福祉医療費請求額 □□□□□□□□		一部負担金 □□□□□□□□				

(手書数字記入例) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

注意事項

用紙の記入は黒のボールペンで記入して下さい

用紙は折り曲げたり、汚したりしないで下さい

【コード】

[入・外] 入院 ……1 外来 ……2 入院(義務教育就学前) ……3 外来(義務教育就学前) ……4	高齢受給者入院(高入-) ……7 高齢受給者外来(高外-) ……8 高齢受給者入院(高入7) ……9 高齢受給者外来(高外7) ……0	[性別] 男 ……1 女 ……2 [年号] 昭和 ……3 平成 ……4	[特殊 長] ……5 (1万円) [給付] 7割 ……7 ……2 (2万円) 8割 ……8 9割 ……9
--	--	--	--

福

年

月

分

福祉医療費請求総括表

1309

一般後期
区分

□ (一般…1)
□ (後期…2)

県番号

□□

医療機関コード

□□□□□□□□

保険医療機関

所在地
名称
開設者氏名

DC C 福祉医療費負担者番号 件数
1 □ □□□□□□□ □□□□

備考

福祉医療費請求点数(金額) 結核点数
□□□□□□□□ □□□□□□

福祉医療費請求額 一部負担金
□□□□□□□□ □□□□□□ □□□□□□□□

DC C 福祉医療費負担者番号 件数
2 □ □□□□□□□ □□□□

備考

福祉医療費請求点数(金額) 結核点数
□□□□□□□□ □□□□□□

福祉医療費請求額 一部負担金
□□□□□□□□ □□□□□□ □□□□□□□□

DC C 福祉医療費負担者番号 件数
3 □ □□□□□□□ □□□□

備考

福祉医療費請求点数(金額) 結核点数
□□□□□□□□ □□□□□□

福祉医療費請求額 一部負担金
□□□□□□□□ □□□□□□ □□□□□□□□

DC C 福祉医療費負担者番号 件数
4 □ □□□□□□□ □□□□

備考

福祉医療費請求点数(金額) 結核点数
□□□□□□□□ □□□□□□

福祉医療費請求額 一部負担金
□□□□□□□□ □□□□□□ □□□□□□□□

DC C 福祉医療費負担者番号 件数
5 □ □□□□□□□ □□□□

備考

福祉医療費請求点数(金額) 結核点数
□□□□□□□□ □□□□□□

福祉医療費請求額 一部負担金
□□□□□□□□ □□□□□□ □□□□□□□□

(数字記入例) 0123456789

注意事項

用紙の記入は黒のボールペンで記入して下さい
用紙は折り曲げたり、汚したりしないで下さい