

とり親家庭等医療費請求書

契約番号ではありません。

- ① : 「親課」で再診の場合
(中学生以下)
- ② : 「親課」で再診の場合
(中学校卒業後)
- ③ : 「親課」で初診の場合
(中学生以下)
- ④・⑤ : 「親課」で初診の場合
(中学校卒業後)

下記のとおりに請求する
月 ○ 日

医療機関コード

1 2 . 3 4 5 6 . 7

長 様

医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名
T E L

旭川市7条通10丁目
旭川〇〇整骨院 (印)
旭川 太郎

押印は省略可能です。

ただし、請求書内に訂正がある場合は、この欄
と訂正箇所に押印が必要です。

押印する場合は、開設者の印(シャチハタ等の
スタンプ式は不可)を押してください。

総点数 (点数) 額等	一部負担金	請求事務 手数料
円	円	円
48,084	1,686	1,760
請求事務手数料 220円/1件		

親課の場合「課」を○で囲んでください。

一部負担金は1円単位で記入してください。

※ 徴収金額ではありません。

※ 小数点以下は切り上げしてください。

「7割(小学生以上)」「8割(未就学児)」にそれぞれ
ひと月の総医療費を記入してください。

訳

診療 年月	受給者番号 患者氏名	入院 外来 区分	保 険 給 付 額	療 費 請 求 金 額	一 部 負 担 金	備 考
① 5/9	0789999 永山 二郎	入 外	4,500	初・課 0	450	
5/9	0246820 旭川 太郎	入 外	5,200	初・課 0		
② 5/9	0456789 豊岡 美子	入 外	9,772	初・課 977		
③ 5/9	0567890 東光 一太	入 外	3,000	初・課 0	300	
5/9	0893949 神楽 岡子	入 外	4,850	初・課 0		
④ 5/9	0315612 末広 花子	入 外	2,090	初・課 0	209	
5/9	0742123 亀吉 三郎	入 外	8,900	初・課 0		
⑤ 5/9	0223344 旭町 仁太	入 外	9,772	初・課 707	270	
		入 外		初・課		
		入 外		初・課		

①患者が中学生以下の場合、「親課」でも患者負担はありません。
再診の場合は、備考欄に総医療費の1割の額(1円単位)を記入してください。

②患者が中学校卒業後の「親課」で再診の場合、患者負担は1割の額です。

③患者が中学生以下の場合、「親課」でも患者負担はありません。
初診の場合は、備考欄に総医療費の1割の額(1円単位)を記入し、○で囲んでください。

④患者が中学校卒業後の「親課」で初診かつ1割相当額が初診時一部負担金(270円)に満たない場合は、1割の額が初診時一部負担金になるので、その金額を備考欄に記入し○で囲んでください。(患者負担なし)

⑤患者が中学校卒業後の「親課」で初診の場合、1割から初診時一部負担金(270円又は270円に満たない場合はその金額)を引いた額が患者負担額です。この場合、初診時一部負担金を○で囲んで備考欄へ記入し、患者負担額を一部負担金欄に記入してください。

「一部負担金」欄：患者負担額(1円単位)※小数点以下切り上げ

「備考」欄：中学生以下の場合…1割の額(1円単位)※小数点以下切り上げ

中学校卒業後の場合…初診時一部負担金(270円又は270円に満たない場合はその金額)

※初診の場合は「備考」欄の数字を○で囲む

小

円