

ひとり親家庭等医療費請求書

- ① : 「親初」で再診の場合
- ② : 「親初」で初診の場合

契約番号ではありません。

令和〇年〇月〇日 下記のとおり請求する

医療機関コード 1 2 . 3 4 5 6 . 7

旭川市長 様

医療機関等の所在地及び名称
旭川市7条通10丁目
旭川〇〇整骨院 (印)
開設者氏名
旭川 太郎
TEL

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。

区分	保険	険付	件数	診療報酬請求総点数 (レセプトの総点数) 及び限度額等	一部負担金	請求事務手数料
請求	⑦5	7割	1件	3,000円	0円	220円
	⑦5	8割	1件	3,000円	0円	220円
	⑦5	限度額				
	⑦7	長期高額				
	⑦7	結・精				

請求事務手数料
220円/1件

「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。

親初の場合「初」を○で囲んでください。
一部負担金は0円と記入又は空欄としてください。

訳書

診療年月	受給者番号							入院 外来 区分	診療報酬請求総点数 (レセプトの総点数) 及び限度額			⑦7 請求金額	一部負担金	備考
	患者氏名	⑦5	7割	⑦5	8割	⑦5	限度額		長期高額疾病	結核・精神				
① 5/9	0234567	旭川 花子	入 外		3,000						初・課 0			
② 5/9	0123456	豊岡 米男	入 外	3,000							初・課 0	(270)		
			入・外								初・課			
			入・外							結・精	初・課			
			入・外							結・精	初・課			
			入・外							結・精	初・課			
			入・外							結・精	初・課			
			入・外							結・精	初・課			
			入・外							結・精	初・課			
			入・外							結・精	初・課			
小計			件数	1件	3,000円	1件	3,000円				0円			

「親初」で再診の場合、「初」を○で囲んでください。

「親初」で初診の場合、初診時一部負担金(270円)を備考欄に記載し、○で囲んでください。