

ひとり親家庭等医療費請求書

年 月 日 月分下記のとおり請求する

医療機関コード

旭川市長 様

医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名
TEL

区分	保険給付	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	区分	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
			円	円					円	円	
請求	⑦⑤ 7割	件		円	円		※ 決	件		円	円
	⑦⑤ 8割										
	⑦⑤ 限度額										
求	⑦⑦ 長期高額 結・精			円			定			円	

(内 訳 書)

診療年月	受給者番号 患者氏名	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	⑦⑦ 一部負担金	備考		
			保 険 給 付						長期高額疾病	結核・精神
			⑦⑤ 7割	⑦⑤ 8割	⑦⑤ 限度額					
年 月		入・外	円	円	円	円	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		
		入・外					結・精	初・課		
		入・外					結・精	初・課		
		入・外					結・精	初・課		
小 計		件数	円	円	円	円	円	円		
		点数及び金額	円	円	円	円	円	円		