

長 様

公費負担者番号					
8	5	2	2		

医療機関コード

保険医療機関の所在地、名称及び開設者氏名

年 月分 重度障害者(児) 医療費明細書

下記のとおり報告する。 年 月 日



1 入院		2 通院													
No.	受給者番号	受給者氏名	生年月日			一部負担割合	診療日数	保険総点数	窓口徴収額	入院時食事療養費		備考			
			年	月	日					円	円				
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
小 計						件									
99	合 計					件									

- 注) 1. 「一部負担割合」欄には、一部負担が1割の場合は「1」、2割の場合は「2」、3割の場合は「3」を記入してください。
 2. 「窓口徴収額」欄には、受給者が窓口で支払った保険診療に係る自己負担額を記入してください。
 入院時食事療養費標準負担額については、別欄(右から2列目の欄)に記入してください。
 3. 更正医療等公費負担があり、所得に応じた自己負担上限額のみ窓口で徴収する場合には、当該自己負担額を「窓口徴収額」欄に記入してください。
 4. 訪問看護ステーションの場合は、「保険総点数」欄には訪問看護基本療養費の金額を円単位で記入してください。