

長 様

公費負担者番号							
8	5	2	2	×	×	×	×

母子家庭等医療費も同様です

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

31 年 3 月分 重度障害者(児) 医療費明細書

下記のとおり報告する。

31 年 4 月 日

内容の一部を修正報告する場合

印

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	1234567	国保 太郎	2	2	1	2	2	1	3	2	1,000	3,000	過誤分
2											2,000	6,000	
3													
<p>以前に請求いただいた明細を黒字で記入し、誤って請求した箇所に赤字で取消線を引き、正しい点数等を赤字で記載し、備考欄に赤字で過誤分と記載してください。 ※控えがある場合・再度印刷できる場合等は、該当者のみに赤字で記載してください。 (該当者の記載されているページのみ提出してください。) ※小計・合計は修正の必要はありません。</p>													
9													
10													
小 計													
99	合 計												
<p>☆☆公費負担者番号の修正はできません☆☆ 請求先保険者を誤った場合には、誤った以前の請求を取消過誤報告し、正しい保険者の明細書を月遅れで提出してください。</p>													

- 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。