

朝霞市

- こども医療費
- ひとり親家庭等医療費 現物給付請求明細書
- 重度心身障害者医療費(一般分)

1 枚 中 1

〇〇年 〇〇月 〇〇日

朝霞市長 宛

※医療機関コード					

名称 〇〇整骨院
代表者名 朝霞 太郎

	①受給者番号	②受給者氏名(カタカナ)		④診療		⑤診療 日数	⑥保険診療総点数 (点)	⑦他法点数 (点)	⑧保険診療 一部負担金(円)		⑨受給者 自己負担金(円)	⑩医療機関→市 請求額(⑧-⑨)		⑪診療科名
		③生年月日	年	月	年				月					
1	01XXXXXX	アサカ ハナコ		R	5	1	2	8000	0	2400	0	2400		
2	20XXXXXX	アサカ シロウ		R	5	1	3	1500	0	4500	0	4500		
3														
4														
5														
6														
7														
8														
	⑫ 小計	2件								6900		円		
	⑬ 合計	2件								6900		円		

窓口で確認した受給資格者証の番号を記入してください。同一人物で同一月に複数回受診した場合は1行にまとめて記入してください。

整骨院等は、1か月分の総医療費を記入してください。

結核予防等、他公費負担で支払われる額の点数を記入してください。

本来窓口で負担する額を記入してください。

市へ請求する額を記入してください。