

重度心身障害者医療費請求書 (柔道整復用) 【記載例】

令和 5 年 8 月分下記のとおり請求する
令和 5 年 9 月 1 日

医療機関コード XXXXXXXX

函館市東雲町4番13号 ○○整骨院

東雲 太郎

88-8888

函館市長 様

医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名

Tel

医療費請求用の医療機関
コード (7桁) を記入する。

医療機関等の住所・開設者
氏名・連絡先を記入・押印

区分	保険給付	件数	総医療費及び 請求金額等	一部負担金	請求事務 手数料	区分	件数	総医療費及び 請求金額等	一部負担金
請求	(71) 7割	2件	4,011円	370円	440円	※決 定	件	円	円
	(71) 8割	件	円	円	円		件	円	円
	(71) 限度 額	件	円	円	円		件	円	円
	(72) 前期 高齢者	1件	1,561円	円	220円		件	円	円
	(73) 障老	2件	2,521円	1,270円	440円		件	円	円

事務手数料は1件につき220円

(内 訳 書)

診療 年月	受給者番号 患者氏名	入院 外来 区分
----------	---------------	----------------