

入院

1

特定呼吸器疾病患者医療費等支払請求内訳書

請求年月	2年	月

診療年月	6年	月

医療機関名				
医療機関コード	別表	医療機関コード		
	10			

18				24				26				27				28				35				40				47				52							
認 定 番 号				氏 名				生 年				公費負担割合				後 期 高 齢				診 療 点 数				食 事 療 養 (標準負担額)				※ 決 定 点 数				※ 食 事 療 養 決 定 額				※増減コード			
												10 %	20 %	30 %	高 額 療 養																					コード	原因	複 数	
-												1 2 3 4 1																											
-												1 2 3 4 1																											
-												1 2 3 4 1																											
-												1 2 3 4 1																											
-												1 2 3 4 1																											
-												1 2 3 4 1																											
-												1 2 3 4 1																											
-												1 2 3 4 1																											
-												1 2 3 4 1																											
-												1 2 3 4 1																											
-												1 2 3 4 1																											
-												1 2 3 4 1																											
-												1 2 3 4 1																											
-												1 2 3 4 1																											
小 計				名												点				円																			
総 合 計				名												点				円																			

※の欄には記入しないでください。