

通院

2

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
	10
医療機関コード	

18						24		26		27 28		35		42						
認 定 番 号						氏 名		生年	公費負担割合				後 期 高 齢	診 療 点 数		※ 決 定 点 数		※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							
—									1	2	3	4	1							
小 計						名								点						
総 合 計						名								点						

※の欄には記入しないでください。