

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 認定番号	24 氏名	26 生年	26 公費負担割合				27 後期 高齢	28 診療点数	35 食事療養 (標準負担額)	40 ※ 決定点数	47 ※ 食事療養 決定額	52 ※増減				
			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									
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。