

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	医療機関コード			
	10	.....	.....	.....	.....

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					
小計	名							点				
総合計	名							点				

※の欄には記入しないでください。