

子ども  
障害者  
ひとり親家庭等

# 医療費請求書

令和 年 月 日

国  
保  
特  
例

社  
保  
・  
国  
保  
組  
合  
用

(宛先)  
名古屋市長

医療機関所在地  
名 称  
開 設 者 氏 名  
電 話

| 県番号 | 表別 | 機 関 番 号 |
|-----|----|---------|
| 2   | 3  | 1       |

入院

令和 年 月 分を下記のとおり請求します。

金額

円

請求総件数 件分 枚の内  
枚

| 番号 | 受<br>番 | 給<br>番 | 者<br>氏<br>名 | 証<br>号 | 氏<br>名 | 総<br>点<br>数 | 結<br>点 | 精<br>数 | 請求<br>割合 | 市町村負担額 | 備<br>考 |
|----|--------|--------|-------------|--------|--------|-------------|--------|--------|----------|--------|--------|
| 1  |        |        |             |        |        |             |        |        | 2・1      |        |        |
| 2  |        |        |             |        |        |             |        |        | 2・1      |        |        |
| 3  |        |        |             |        |        |             |        |        | 2・1      |        |        |
| 4  |        |        |             |        |        |             |        |        | 2・1      |        |        |
| 5  |        |        |             |        |        |             |        |        | 2・1      |        |        |
| 6  |        |        |             |        |        |             |        |        | 2・1      |        |        |
| 7  |        |        |             |        |        |             |        |        | 2・1      |        |        |
| 8  |        |        |             |        |        |             |        |        | 2・1      |        |        |
| 9  |        |        |             |        |        |             |        |        | 2・1      |        |        |
| 10 |        |        |             |        |        |             |        |        | 2・1      |        |        |
| 11 |        |        |             |        |        |             |        |        | 2・1      |        |        |
| 12 |        |        |             |        |        |             |        |        | 2・1      |        |        |
| 13 |        |        |             |        |        |             |        |        | 2・1      |        |        |
| 14 |        |        |             |        |        |             |        |        | 2・1      |        |        |
| 15 |        |        |             |        |        |             |        |        | 2・1      |        |        |
| 16 |        |        |             |        |        |             |        |        | 2・1      |        |        |
| 17 |        |        |             |        |        |             |        |        | 2・1      |        |        |
| 18 |        |        |             |        |        |             |        |        | 2・1      |        |        |
| 19 |        |        |             |        |        |             |        |        | 2・1      |        |        |
| 20 |        |        |             |        |        |             |        |        | 2・1      |        |        |
| 21 |        |        |             |        |        |             |        |        | 2・1      |        |        |
| 22 |        |        |             |        |        |             |        |        | 2・1      |        |        |
| 23 |        |        |             |        |        |             |        |        | 2・1      |        |        |
| 24 |        |        |             |        |        |             |        |        | 2・1      |        |        |
| 25 |        |        |             |        |        |             |        |        | 2・1      |        |        |
| 計  |        |        |             |        | 件      | 点           | 点      |        |          | 円      |        |

※ 特例退職被保険者は、その旨(特退等)  
国保特例の場合は特例と表示市町村名  
加入保険が国保組合の場合は組合名  
月遅れ・返戻分の再請求は診療年月  
を必ず備考欄に記入してください

但し、社会保険及び国保組合のレセプトが返戻されても、点数、割合が変わらない場合は、医療費請求書に再請求の必要はありません。