

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

県番号		表別	機 関 番 号
2	3	1	

(宛先)
名古屋市長

医療機関所在地
名 称
開 設 者 氏 名
電 話

入院外

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 番	給 者 証 号	氏 名	総 点 数	結 点	精 数	請求 割合	市町村負担額	備 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。