

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
電話番号

県番号	表別	機関番号
2	3	3

歯科

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	区分	総点数	結点	精数	請求割合	市町村負担額	備考
1						入				2・1		
2						入				2・1		
3						入				2・1		
4						入				2・1		
5						入				2・1		
6						入				2・1		
7						入				2・1		
8						入				2・1		
9						入				2・1		
10						入				2・1		
11						入				2・1		
12						入				2・1		
13						入				2・1		
14						入				2・1		
15						入				2・1		
16						入				2・1		
17						入				2・1		
18						入				2・1		
19						入				2・1		
20						入				2・1		
21						入				2・1		
22						入				2・1		
23						入				2・1		
24						入				2・1		
25						入				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。