

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

薬局所在地名
名 称
開 設 者 氏 名
電 話

県番号	表別	薬 局 番 号
2	3	4

調剤

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 枚の内
枚

番号	受 給 者 証 号	氏 名	総 点 数	結 算 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。