

記 入 例

令和 〇〇 年 〇〇 月分 老人(垣老)医療費助成金請求書

大 垣 市 長 様

医療機関
コード **21.0123.4**

保険医療機関等の所在地、名称、開設者氏名及び電話番号

大垣市丸の内2丁目29番地
大垣健康病院
代表者 大垣 太郎
0584-81-4111



毎月10日までに請求書を提出してください。

次のとおり請求する。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

保険種別ごとに請求書を分けてください。

1 健保本人	2 健保家族
3 国保	4 国保組合

(該当するものに○をつけてください)

No.	受給者証番号	氏名	入院外来別	総点数	公費負担点数	一部負担額	備考
1	6 0 2 - 1 2 3 4 5 6 7 8	大垣 花子	入・㊟	点 1,051	点	円 1,050	R2.0月分(月遅れ)
2	6 0 2 - 2 3 4 5 6 7 8 9	大垣 花美	㊟・外	32,104	垣老適用後の窓口負担額(負担割合1割)を記入して下さい。	32,100	
3	6 0 2 - 3 4 5 6 7 8 9 0	大垣 一郎	入・㊟	875		880	
4	6 0 2 - 4 5 6 7 8 9 0 1	大垣 二郎	入・㊟	254		250	
5	6 0 2 - 5 6 7 8 9 0 1 2	大垣 三郎	入・㊟	4,000	1,000	4,000	(1)指定難病 (2)5,000円 (3) 0円
6	6 0 2 - 6 7 8 9 0 1 2 3	大垣 四郎	入・㊟	8,000	6,000	5,000	(1)指定難病 (2)5,000円 (3)2,000円(A病院)
7	6 0 2 -						
8	6 0 2 -						
9	6 0 2 -						
10	6 0 2 -						
請 求		入 院	1 件	32,104		32,100	
		外 来	5 件	14,180	7,000	11,180	
決 定		入 院	件				
		外 来	件				

公費負担医療制度がある場合は、備考欄に次の情報を記入して下さい。
(1)制度名(指定難病、肝炎治療など)
(2)公費負担医療制度の自己負担上限額(2,500円、5,000円、10,000円など)
(3)他の医療機関等で公費負担医療制度にかかる自己負担額を徴収している場合は、他の医療機関等における自己負担額(「垣老」適用前の金額)と医療機関名(公費負担医療制度にかかる自己負担上限額に到達するまでの金額を把握するため)

※決定欄は記入する必要はありません。

1. 月遅れ請求分は、備考欄に診療年月を記入すること。
2. 柔整・はり灸マッサージ及び訪問看護ステーションについては、「点数」を「円」と読み換えて記入すること。
3. 請求書が複数枚になるときは、それぞれ合計を記入すること。