

# 重度心身障がい者医療費請求書

年 月分下記のとおり請求する。

年 月 日  
(宛先) 江別市長

医療機関コード

医療機関等の  
所在地及び名称  
開設者氏名  
電話番号

印

区分	保険 給付	件数	診療報酬請求総点数 (レセプトの総点数)及び限度額等	一部負担金	請求事務 手数料	区分	件数	診療報酬請求総点数 (レセプトの総点数)及び限度額等	一部負担金
請 求	⑦ 7 割	件	点	円	円	※ 決    定	件	点	円
	⑦ 8 割								
	⑦限度額		円					円	
	⑦前期高齢者								
	⑦障 老								

(内 訳 書)

診療 年月	受給者番号  患者氏名	入院 外来 区分	診療報酬請求総点数 (レセプトの総点数) 及び限度額			請求金額 (2,3割負担・在総・長期高 額疾病・結核・精神・更生育成)		一 部 負担金	備考
			保 険 給 付			⑦前期高齢者	⑦障老		
			⑦ 7 割	⑦ 8 割	⑦限度額	2, 3割・在・長・結・精・更	2, 3割・在・長・結・精・更		
年 月		入・外	点	点	円	円	円	初・課	
年 月		入・外						初・課	
年 月		入・外						初・課	
年 月		入・外						初・課	
年 月		入・外						初・課	
年 月		入・外						初・課	
年 月		入・外						初・課	
年 月		入・外						初・課	
年 月		入・外						初・課	
小 計		件数	件	件	件	件	件	円	
		点数 及び 金額	点	点	円	円	円		