

平成 年 月分 重度心身障がい者医療費（連記式）明細書

いずれかにレをつけてください。
※保険ごとに必ず用紙を分けて記入してください。

保険医療機関等の
所在地及び名称

電話番号

開設者氏名

☐ 国民健康保険		市町村番号						県番号		医療機関コード											
		0	7	0	7	6	3	0	7												
受給者番号	受給者カナ氏名 (カナ氏名のみ記入)	※① 性別	※② 生年月日				医療保険者番号				※③ 本・家	診療年月		※④ 診療科	※⑤ 入外	※⑥ 公費法別	※⑦ マル長	診療 日数	点 数	請 求 額	備 考
			年号	年	月	日						年	月							一部負担金	
																		日	点	円	
																		日	点	円	
																		日	点	円	
																		日	点	円	
																		日	点	円	
																		日	点	円	
																		日	点	円	
																		日	点	円	
																		日	点	円	
																		日	点	円	
																		日	点	円	
																		日	点	円	
																		日	点	円	
																		日	点	円	

<記載コードの説明>
① 性 別：男→1 女→2
② 生年号：明治→1 大正→2 昭和→3 平成→4
③ 本・家：本人→1 家族→2
④ 診療科：旧総合病院の診療科を明細書の記載要領に準じて記載
⑤ 入 外：入院→1 入院外→2
⑥ 公費法別：法別番号を記入
⑦マル長：該当→1 非該当→空白