

# ひとり親家庭等医療費請求書

年 月 日 月分下記のとおり請求する

医療機関コード

旭川市長 様

医療機関等の  
所在地及び名称  
開設者氏名  
TEL

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	円	円	円	※ 決	件	円	円
	⑦ 8割								
	⑦ 限度額								
求	⑦ 長期高額		円			定		円	
	⑦ 結・精								

## (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			⑦ 請求金額	⑦ 一部負担金	備考		
			保 険 給 付						長期高額疾病	結核・精神
			⑦ 7割	⑦ 8割	⑦ 限度額					
年 月		入・外	円	円	円	円	結・精	初・課		
		入・外					結・精	初・課		
		入・外					結・精	初・課		
		入・外					結・精	初・課		
		入・外					結・精	初・課		
		入・外					結・精	初・課		
		入・外					結・精	初・課		
		入・外					結・精	初・課		
		入・外					結・精	初・課		
		入・外					結・精	初・課		
		入・外					結・精	初・課		
小 計		件数	円	円	円	円	円	円		
		点数及び金額	円	円	円	円	円	円		