

道府県番号

障 心身障害者医療費請求書

保険医療機関
コード

[70歳以上]用

※ただし、70歳未満であっても、後期高齢者医療の被保険者は、この請求書です。

東京都知事殿

診療年月 令和 年 月 日

下記のとおり請求いたします。

令和 年 月 日

医療機関等所在地

医科	歯科	調剤	訪問看護
1	3	4	6

名称・電話

開設者

内

訳

障	負担者番号		保険者番号	受給者名	負担割合	入院 外来別	診療 日数	請求額	総点数	一部負担金 相当額	備考
	受給者証	受給者番号									
8	0	1	3		1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	日	円	点	円	1
9											
8	0	1	3		1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	日	円	点	円	2
9											
8	0	1	3		1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	日	円	点	円	3
9											
8	0	1	3		1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	日	円	点	円	4
9											
8	0	1	3		1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	日	円	点	円	5
9											
8	0	1	3		1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	日	円	点	円	6
9											
8	0	1	3		1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	日	円	点	円	7
9											
8	0	1	3		1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	日	円	点	円	8
9											
8	0	1	3		1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	日	円	点	円	9
9											
8	0	1	3		1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	日	円	点	円	10
9											
9 9 9 9			合計			件		円			担当部署 氏名

送請求
先書〒163-
8001東京
東京都
新宿区
西新宿
2-8-1
マル
障害給付
担当
保健政策
部医療
助成課

【備考欄】請求額が保険の負担割合により計上されていない場合は、その理由を以下のとおり選択してください。(プルダウンメニュー)

特定疾病(自己負担限度額10,000円・20,000円)・自立支援医療・その他の公費に該当する場合は「長・長2・更・精・公」等、
高額療養費を現物支給した場合で、低所得Ⅰ・低所得Ⅱの方は、適用区分「Ⅰ・Ⅱ」を選択してください。

提出前の最終確認事項	チェック
①請求書は診療年月ごとに別用紙に記入して下さい。	<input type="checkbox"/>
②レセプトを必ず同封してください。(レセプトがないと、お支払いできません。)	<input type="checkbox"/>