

No.

長 様

公費負担者番号							

医療機関コード

年 月分 重度障害者(児)医療費明細書

保険医療機関の所在地、名称及び開設者氏名

下記のとおり報告する。

年 月 日

4 調剤

No	受給者番号	受給者氏名	生年月日			一部負担割合	処方箋回数 枚	保険総点数 点	備考 円
			年	月	日				
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
小 計			件						
99	合 計		件						

- 注) 1. 「一部負担割合」欄には、一部負担が1割の場合には「1」、2割の場合は「2」、3割の場合は「3」を記入してください。  
 2. 重度障害者(児)医療費、母子家庭等医療費については、「備考」欄に受給者が窓口で支払った保険診療に係る自己負担額を記入してください。  
 3. 長期特定疾病等公費負担があり、法定の自己負担上限額のみ窓口で徴収する場合には、当該自己負担額を「備考」欄に記入してください。