

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

1 入院		2 通院													
No	受給者番号	受給者氏名	生年月日			一部負担割合	診療日数 日	保険総点数 点	窓口徴収額 円	入院時食事療養費				備考	
			年	月	日					基準額 円	標準負担額 円	円	円		
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. 「窓口徴収額」欄には、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。
 入院時食事療養費標準負担額については、別欄（右から2列目の欄）に記入してください。
 3. 更生医療等公費負担があり、所得に応じた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「窓口徴収額」欄に記入してください。**
 4. 訪問看護ステーションの場合は、「保険総点数」欄には訪問看護療養費の金額を円単位で記入して下さい。