

## 重度心身障害者医療に関する診療報酬請求書

年 月 日

ふじみ野市長 宛て

--	--	--	--	--	--	--	--

医療機関等の  
所在地及び名称  
代表者氏名  
電話番号

⑨

請求金額 円  
(請求件数 件)  
年 月分を次のとおり請求します。

受給者番号	診療月	受給者名	種別 1 入院 2 外来 3 歯科 4 調剤 6 訪問看護 7 柔道整復	入院 外来 日数	総点数 (療養費は総医療費)	保 険 診 療 一 部 負 担 金
合 計						円

- 備考 1 種別欄は、番号で記入してください。  
 2 請求金額は、合計欄の金額を記入してください。  
 3 他法負担がある場合は、総点数欄にカッコ書きで他法負担点数を再掲してください。  
 4 療養費の請求の場合は、総点数欄に総医療費を記入してください。