

### 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

提出期限は、毎月10日（土日祝日の場合はその翌日）になります。

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

記入しないでください。

医療機関等の  
所在地及び名称  
代表者氏名  
電話番号

診療月ごとに請求書を分けて  
記入してください。

請求金額 円  
(請求件数 件)  
年 月分を次のとおり請求します。

押印がないと受付できません。  
必ず押印してください。

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

受給者証に記載されている番号  
を正確に記入してください。

種別番号を記入してください。

公費負担医療受給者の場合は、  
公費適用後の自己負担金額を  
記入してください。

円単位で記入してください。  
四捨五入はしないでください。

**【重度医療】**  
ふじみ野市・富士見市・三芳町内の医療機関等で、社会  
保険加入者が限度額証を利用した場合、請求金額の上限  
は44,400円です。  
※1か月の一部負担金が上限以上の場合、この請求書での  
請求はできません。レセプトに公費負担者番号等を記入  
し、審査支払機関へ請求してください。

ふじみ野市・富士見市・三芳町内以外の医療機関等の場  
合、請求金額の上限は21,000円です。  
1か月の一部負担金が21,000円以上の場合、この請求書で  
の請求はできません。

- 備考
- 種別欄は、番号で記入してください。
  - 請求金額は、合計欄の金額を記入してください。
  - 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。
  - 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。