

平成 年 月分福祉医療費総括表

様式		保険医療機関コード										保険医療機関の所在地及び名称 開設者氏名										表別			
1	2	6										12										11 12 13 14			
11																						医科 歯科 調剤 訪問看護 柔鍼			
07																									
08																									
市町村 コード	市町村 名	区分	請 求					調 整					決 定												
			件数	総点数		一部負担金		件数	点数		一部負担金		結核点数	決定請求額											
3	5	15	18	21	24	29	37	47	55	56	59	60	68	78	86	87	95	96	104						
		乳妊	13・70																						
		障I	13・80																						
		障II	13・85																						
		ひとり親	13・90																						
		乳妊	13・70																						
		障I	13・80																						
		障II	13・85																						
		ひとり親	13・90																						
		乳妊	13・70																						
		障I	13・80																						
		障II	13・85																						
		ひとり親	13・90																						
		乳妊	13・70																						
		障I	13・80																						
		障II	13・85																						
		ひとり親	13・90																						
		乳妊	13・70																						
		障I	13・80																						
		障II	13・85																						
		ひとり親	13・90																						
999		合 計																							

必ず記入してください。

件数、総点数、一部負担金は市町村ごと、区分ごとに請求書を合計して各欄に記入してください。

必ず記入してください。

一部負担金は請求書ごとの合計を記入します。

縦計を記入してください。

※保険医療機関は太枠内(保険医療機関コード、所在地、開設者氏名、市町村名、請求欄)を記入してください。

※障Iは「水色」、障II「黄色」の請求書の区分となっています。

※障II(13・85)は、一部負担金領収額を本表の「一部負担金」欄に記入してください。

※様式については、つぎのとおりです。
 11: 医科、歯科、調剤、訪問看護
 07: 柔道整復
 08: 鍼灸・マッサージ

平成 年 月分福祉医療費総括表

様式		保険医療機関コード										保険医療機関の所在地及び名称 開設者氏名										表別
1	2	6										12										11
11		07										08										医科
07																						歯科
08																						調剤
																						柔・鍼
市町村 コード	市町村 名	区分	請 求					調 整					決 定									
			件 数	総 点 数	薬 劑 一 部 負 担 金	一 部 負 担 金	件 数	点 数	薬 劑 一 部 負 担 金	一 部 負 担 金	結 ・ 精 点 数	決 定 請 求 額										
3	5	15 18	21 24	29 37	38 46	47 55	56 59	60 68	69 77	78 86	87 95	96 104										
記入例	乳 妊 障 I 障 II ひ と り 障 害	13・70																				
		13・80																				
		13・85																				
		13・90																				
富山市	乳 妊 障 I 障 II ひ と り 障 害	13・70																				
		13・80																				
		13・85	2	35396		3500																
		13・90																				
高岡市	乳 妊 障 I 障 II ひ と り 障 害	13・70																				
		13・80	2	12820																		
		13・85																				
		13・90	4	8780																		
999	合 計	13・70																				
		13・80																				
		13・85																				
		13・90																				
999	合 計		9	59086		3500																

間違いがないように必ず記入してください。

柔道整復は『07』、鍼灸は『08』を○で囲んでください。

件数、総点数、一部負担金は市町村ごと、区分ごとに請求書を合計して各欄に記入してください。

間違いがないように必ず記入してください。

金額を記入してください。点数ではありませんので注意してください。

一部負担金は請求書毎の合計を記入します。間違いがないように注意してください。

縦計を記入してください。

※保険医療機関は太枠内(保険医療機関コード、所在地、開設者氏名、市町村名、請求欄)を記入してください。
 ※障 I は「水色」、障 II 「黄色」の請求書の区分となっています。
 ※障 II (13・85) は、一部負担金領収額を本表の「一部負担金」欄に記入してください。
 ※様式については、つぎのとおりです。 11: 医科、歯科、調剤
 07: 柔道整復
 08: 鍼灸・マッサージ