

No.

長 様

公費負担者番号							

医療機関コード

年 月分

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
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」欄には訪問看護基本療養費の金額を円単位で記入して下さい。