ガ ス 障 害 者 医 療 費 請 求 明 細 書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 医療手帳番号 | 都道府県　別 | 氏　　名 | 入院・外来の別 | 総点数 | 内請求点　数 | 負担割合 | 医療費公費負　担　額 | 食事療養標準負担額 |
| 1 | B－ |  |  | 入院外来 |  |  |  |  |  |
| 2 | B－ |  |  | 入院外来 |  |  |  |  |  |
| 3 | B－ |  |  | 入院外来 |  |  |  |  |  |
| 4 | B－ |  |  | 入院外来 |  |  |  |  |  |
| 5 | B－ |  |  | 入院外来 |  |  |  |  |  |
| 6 | B－ |  |  | 入院外来 |  |  |  |  |  |
| 7 | B－ |  |  | 入院外来 |  |  |  |  |  |
| 8 | B－ |  |  | 入院外来 |  |  |  |  |  |
| 9 | B－ |  |  | 入院外来 |  |  |  |  |  |
| 10 | B－ |  |  | 入院外来 |  |  |  |  |  |
| 小　　計 | 入　院 |  |  |  | a | b |
| 外　来 |  |  |  | ｃ |  |
| 合　　　　　　　　　　計 | a + b+ｃ |

（注）1　該当欄は○で囲んでください。

　　　2　この請求書には、社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険団体連合会等へ提出した

　　　 診療報酬明細書の写しを添付してください。