

道府県番号

障 心身障害者医療費請求書

保険医療機関
コード

〔70歳未満〕用

※ただし、70歳未満であっても、後期高齢者医療の被保険者は、70歳以上用の請求書をご利用ください。

東京都知事殿

下記のとおり請求いたします。

令和 年 月 日

診療年月 令和 年 月分

医科	歯科	調剤	訪問看護
1	3	4	6

医療機関等所在地
名称・電話
開設者

内

訳

障	負担者番号 受給者証 受給者番号	保険者番号	受給者名	負担 割合	入院 外来別	診療 日数	請求額	総点数	一部負担金 相当額	備考
8013				2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	日	円	点	円	1
9										
8013				2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	日	円	点	円	2
9										
8013				2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	日	円	点	円	3
9										
8013				2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	日	円	点	円	4
9										
8013				2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	日	円	点	円	5
9										
8013				2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	日	円	点	円	6
9										
8013				2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	日	円	点	円	7
9										
8013				2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	日	円	点	円	8
9										
8013				2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	日	円	点	円	9
9										
8013				2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	日	円	点	円	10
9										
9999		合計				件	円			
									担当部署 氏名	

送請求先書
〒163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1
マル生ビル 生活福祉部 医療助成課

(備考欄) 請求額が保険の負担割合により計上されていない場合は、その理由を以下のとおり選択してください。(プルダウンメニュー)

特定疾病(自己負担限度額10,000円・20,000円)・自立支援医療・その他の公費に該当する場合は「長・長2・更・精・公」等、高額療養費を現物支給した場合は適用区分「ア～オ」を選択してください。

提出前の最終確認事項	チェック
①請求書は診療年月ごとに別用紙に記入して下さい。	<input type="checkbox"/>
②レセプトを必ず同封してください。(レセプトがないと、お支払いできません。)	<input type="checkbox"/>