

療養費支払請求書記入例

水俣病総合対策医療事業(医療手帳・水俣病被害者手帳)
第4号様式(第8、13、15条関係)

いずれかに○をつけてください。
両手帳分のレセプトがある場合は2枚に分けてご請求ください。

| | | |
|---------------|--------|---|
| 手帳区分 ○を付ける | 1 医療手帳 | <input checked="" type="radio"/> 2 水俣病被害者手帳 |
|---------------|--------|---|

| | |
|---------------|--------|
| 医療機関コード(記入不要) | 記入不要です |
|---------------|--------|

療養費支払請求書

請求対象月を記入してください。複数月ある場合は1月分毎に分けてご請求ください。

令和3年3月分

| 区分 | 件数(件) | 日数(日) 回数(回) | 総療養費(円) | 療養費 請求額(円) |
|-------------------------|-----------------------|----------------|---------|---------------|
| 入院 | 療養費 | | | |
| | 食事療養員税金 又は入院時生活療養費 | | | |
| | 小計 | | | |
| 入院外 | 療養費 | 5 | 30 | 49,452 |
| | 小計 | 5 | 30 | 49,452 |
| 公費併用等 | | | | |
| 療養費等小計 (入院+入院外) | 5 | 30 | 49,452 | 14,836 |
| 診療報酬明細書 発行手数料(@220円) | 5 | | | 1,100 |
| 合計 | | | | 15,936 |

整骨院等通院だけの請求の場合は、「入院外」に記入してください。
・件数：1月に施術した件数(=レセプト発行枚数)
・日数(回数)：実日数の合計
・総医療費：施術費の合計額(保険適用額+自己負担額)
・療養費請求額：療養費自己負担額(レセプト1枚ごとに1円未満を切上げ)の合計

件数：レセプト発行枚数
療養費請求額：件数×220円

注)添付書類 診療報酬明細書等

熊本県知事様

上記のとおり請求します。

令和3年4月1日

振込口座の変更 有・無 (○で囲む)

※ 変更 の場合は、口座振込 毎回記入してください。

- 手書きに代えてゴム印等でも構いません。
- 代表者氏名には、医療機関を代表する柔道整復師名を記入してください。
- 押印は不要です。
- 書類発行責任者、担当者の氏名、連絡先を記入してください。

医療機関等所在地(〒862-8570)

熊本県熊本市中央区水前寺6-18-1

医療機関名 県庁整骨院

代表者氏名 熊本 太郎

電話番号 096 - 333 - ****

| | | | |
|---------|-------|------|--------------|
| 提出方法 | 紙 | | |
| 書類発行責任者 | 阿蘇 次郎 | 電話番号 | 096-333-**** |
| 担当者 | 天草 花子 | 電話番号 | 096-333-**** |

