

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

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 5 年 10 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				
	食事療養負担金 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 件	30 日	49,452 円	14,836 円
診療報酬明細書 発行手数料(@220円)		5 件			1,100 円
合 計					15,936 円

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 5 年 11 月 1 日

振込口座の変更 有 (←変更の場合のみ記入してください)

※ 変更 の場合は、口座番号を記入してください。

【医療機関等】

所在地	(〒 802-0000) 熊本県熊本市中央区水前
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-****

○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。(書類発行責任者は、代表者や経理部門の長など請求書の発行にあたり責任を有する者とし、担当者は、事務を担当する者としてします。(同じ人物でも可))

※太線枠内はすべて記入してください。