令和　　年　　月　　日

医療費自己負担額支払報告兼請求書

沖縄県国民健康保険団体連合会 殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関等番号 | | |
| 県番号 | 点区分 | 医療機関コード |
| 47 |  |  |

医療機関名称　　　　　　　　　　 　　印

電話番号

住所

医療費自己負担額支払明細書を次のとおり報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業  番号 | 診療年月 | | 令和　　　年　　　月 | | | |
| 報告件数・自己負担額金額計（自動償還） | | | | | | |
| １ | こども医療費 |  | | 件 |  | 円 |
| ２ | 母子及び父子家庭等医療費 |  | | 件 |  | 円 |
| ３ | 重度心身障がい者（児）医療費 |  | | 件 |  | 円 |
| 請求件数・請求金額計（現物給付） | | | | | | |
| ６ | こども医療費 |  | | 件 |  | 円 |

※診療月の異なる報告についても、まとめて記載をお願いします。

令和　元年　9月　10日

医療費自己負担額支払報告兼請求書

明細書(送付日)を記載

沖縄県国民健康保険団体連合会 殿

医科：1

歯科：3

調剤薬局：4

のいずれかを記載

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関等番号 | | |
| 県番号 | 点区分 | 医療機関コード |
| 47 | 1 | 1234567 |

医療機関名称　　　　　　　　　　 　　印

7桁の医療機関番号を記載

事業番号毎に、今回報告する件数を記載　※月遅れ分も含める。

電話番号

住所

事業番号毎に、今回報告する金額を記載　※月遅れ分も含める。

医療費自己負担額支払明細書を次のとおり報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業  番号 | 診療年月 | | 令和　　　年　　　月 | | | |
| 報告件数・自己負担額金額計（自動償還） | | | | | | |
| １ | こども医療費 | 999,999 | | 件 | 99,999,999,999 | 円 |
| ２ | 母子及び父子家庭等医療費 | 999,999 | | 件 | 99,999,999,999 | 円 |
| ３ | 重度心身障がい者（児）医療費 | 999,999 | | 件 | 99,999,999,999 | 円 |
| 請求件数・請求金額計（現物給付） | | | | | | |
| ６ | こども医療費 | 999,999 | | 件 | 99,999,999,999 | 円 |

※診療月の異なる報告についても、まとめて記載をお願いします。