

令和 年 月分

# 医療費自己負担額支払明細書

沖縄県国民健康保険団体連合会 殿

機関区分	機関コード
① 医療機関	
2 : 施術機関	

下記のとおり送付する

令和 年 月 日

医療機関所在地 :  
 医療機関名称 :  
 開設者 :  
 電話 :



①事業	公費番号	特記事項	受給者番号	②種別	保険者番号	氏名(カナ)	③性別	④生年月日				⑤区分	⑥割合	⑦診療年月			⑧実日数	⑨合計点数(点)	⑩自己負担支払額(円)		食事療養費(円)	備考
								号	年	月	日			号	年	月			⑪市町村負担額			

※この明細書は、沖縄県国民健康保険団体連合会に提出する。

- ①事業： 子ども自動償還「1」、母子及び父子家庭等自動償還「2」、重度心身障がい者(児)自動償還「3」  
子ども現物給付「6」
  - ②種別： 国保「1」 社保「2」 後期「3」 ③性別： 男「1」 女「2」 その他「3」
  - ④生年月日： 昭和「3」平成「4」令和「5」 ⑤区分： 入院「1」 入院外「2」
  - ⑥割合： 受給者自己負担割合「1」「2」「3」を記入する。
- ※請求書が2枚以上にわたる場合はNoを記入し、2枚目以降も捺印する。

- ⑦診療年月： 取扱月分のときは記入しなくてもよいが、月遅れのときは記入する。
- ⑧実日数： 実際に診療のあった日数を記入する。
- ⑨合計点数： レセプトで請求する医療保険適用の総点数を記入する。
- ⑩自己負担支払額： 受給者が窓口で支払った額(保険給付分のみ)を記入する。
- ⑪市町村負担額： 現物給付した医療費助成額(市町村へ請求する額)を記入する。