

令和 年 月分

医療費自己負担額支払明細書(薬局用)

沖縄県国民健康保険団体連合会 殿

医療機関所在地 :

医療機関名称 :

開設者 :

電話 :



下記のとおり送付する

令和 年 月 日

機関区分	機関コード
① 医療機関	
2 : 施術機関	

①事業	処方先医療機関コード	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回数	⑨合計点数(点)	⑩自己負担支払額(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: こども自動償還「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」
こども現物給付「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。

(頁/総枚数)

