

重度心身障害者等医療費受給者別一覧表

医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--

年 月 診療分 医療機関名 _____

番号	受給資格者番号	氏名	診療科目 (レセプト単位で記入)	総点数	請求額	障害者自立支援医療分 (育成更正医療に限る)に係る点数	本人負担額		*1 課税 非課税	*1 市補助額	入院開始 年月日	入院継続 日数	※2 限度額 適用認定証 (適用区分)	備考
							自立支援 医療分	自立支援医療 以外分						
1														社本・社扶・国(一般・退本・退扶)
2														社本・社扶・国(一般・退本・退扶)
3														社本・社扶・国(一般・退本・退扶)
4														社本・社扶・国(一般・退本・退扶)
5														社本・社扶・国(一般・退本・退扶)
6														社本・社扶・国(一般・退本・退扶)
7														社本・社扶・国(一般・退本・退扶)
8														社本・社扶・国(一般・退本・退扶)
9														社本・社扶・国(一般・退本・退扶)
10														社本・社扶・国(一般・退本・退扶)
計				点	円	点	円	円	円	円				

(注) ※1欄には記入しないでください。
 ※2欄には適用区分を記入してください。