

令和 年 月分 福祉医療費【連記式】請求総括表

表別 県別 医療機関等コード

保険医療機関等の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

10

保険者番号	割合区分等					入・外		件数	点数	福祉医療費 請求額
	1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 入	2 外			
5										
10										
15										
20										

- 注1 表別欄は右表の番号を記載してください。
 2 保険者番号欄は福祉医療費【連記式】請求書の保険者番号を記載してください。
 3 割合区分等欄及び入外欄は該当箇所を○で囲んでください。
 なお、障害者総合支援法等公費負担医療、長、高額（高齢受給者を除く。）に係わる請求については、該当箇所並びに「特」を○で囲んでください。
 4 福祉医療費請求額欄は「高齢受給者の入院及び入院外の高額・特」該当の場合、金額を記載してください。
 5 訪問看護は請求金額を点数欄に記載してください。

表別	1	医科
	3	歯科
	4	調剤
	6	訪問