

令和 年 月分 福祉医療費過誤内訳書

※ 科 別			
1	3	4	6
医科	歯科	調剤	訪問

※ 種 別			
3	2	7	8
連記	国保	退職	老人

市 町 村 番 号					

医療機関等コード 名	診療 年月	※ 入 外	※ 割 合 等									受給者番号 氏 名	日 数	点 数	薬剤一部負担金 一部負担金	金 額	食 事 療 養		過 誤 理 由		
			3 割			2 割			1 割								回 数	標 準 負 担 額			
		入	一 般	70歳 以上	老 人	一 般	70歳 以上	6 歳	老 人	一 般	70歳 以上	老 人	旧 老 人								
		外	一 般	70歳 以上	老 人	一 般	70歳 以上	6 歳	老 人	一 般	70歳 以上	老 人	旧 老 人								
合 計												入 院									
合 計												入 院 外									

注 1 科別・種別ごとに作成してください。
 2 ※欄の該当箇所を○で囲んでください。