

●福祉分は「連記式（マル特）」で請求

医 科 歯 科	都道府県番号	10	医療機関コード	
令和 年 月分 福祉医療費【連記式】明細書				割合区分
市町村長 様				
保険医療機関の所在地及び名称 (電話番号)				02
公費負担者番号	受 給 者 氏 名		点 数	福祉医療費請求額
受給資格者番号	性別	生 年 月 日		食事回数 食事標準負担額
	1 2	3 4	45,000	10,000
	男 女	昭 平		

公費①の 28 公費は患者負担額が0円のため、45,000 点(50,000 点-5,000 点)で請求してください。