函館市子ども医療費(助成費)・請求事務取扱手数料請求書

令和　　年　　月分について下記のとおり請求いたします。　　令和　　年　　月　　日

函　館　市　長　様

医療機関コード

医療機関の
所在地及び名称
開設者氏名

記載例２

区分	保険給付		件数	診療報酬請求総点数	限度額	一部負担金	公費負担点数		医療費助成金請求金額	請求事務手数料
請求	入院	①７割	件	点		円	結	点	円	
							精			
		②８割					結			
							精			
	入院限度額	⑤７割			円		結			
							精			
		⑥８割					結			
							精			
	入院外	③７割	2	5,770		0	結		1,731	
							精			
		④８割	1	5,600		0	結		1,120	
							精			
	合計		3	11,370		0	結		2,851	円 660
							精			

区分	保険給付		件数	診療報酬請求総点数	限度額	一部負担	担		医療費助成金請求金額	請求事務手数料
過誤調整	入院	①７割	件	点					円	
		②８割					結			
							精			
	入院限度額	⑤７割					結			
							精			
		⑥８割					結			
							精			
	入院外	③７割					結			
							精			
		④８割					結			
							精			
	合計						結			円
							精			

・受給者の自己負担がないので，請求書記載時の「一部負担金」欄は０円です。
・請求内訳書で〇で囲んだ金額は，実際には受給者が支払っていないので，請求書の一部負担金額には反映させないでください。

区分	保険給付		件数	診療報酬請求総点数	限度額	一部負担金	公費負担点数		医療費助成金請求金額	請求事務手数料
決定	入院	①７割	件	点		円	結	点	円	
							精			
		②８割					結			
							精			
	入院限度額	⑤７割			円		結			
							精			
		⑥８割					結			
							精			
	入院外	③７割					結			
							精			
		④８割					結			
							精			
	合計						結			円
							精			