福祉医療費請求書（社保分）電子請求ファイルレイアウト用専用請求書項目

その他様式　第１号

福　　平成　　年　　月分　　福祉医療費請求書（社保分）

福祉医療負担者番号

9	1	3	2		(3)		

福祉医療負担者名　　様

医療機関コード

			(1)			

平成　　年　　月　　日

区　分		件　数	日　数	点　数	一部負担金額	02長件数
入　院①						
入院外②						
公費再掲	91					

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号

印

「本家入外」欄
1･･･本人入院　2･･･本人外来　3･･･3歳未満入院　4･･･3歳未満外来　5･･･家族入院　6･･･家族外来
7･･･高齢受給者9割給付入院　8･･･高齢受給者9割給付外来
9･･･高齢受給者7割給付入院　0･･･高齢受給者7割給付外来

福祉医療受給者番号	福祉医療対象者氏名	保険者番号	被保険者証記号番号	公費負担者番号①	公費受給者番号①	診療年月	本家入外	生年月日	給付割合	02長	在	診療科目	日数	保険点数	公費①点数	公費併用時福祉点数	一部負担金額	公費①一部負担金額	控除額
(4)	(5)	(6)	(7)(8)	(9)	(10)	(13)	(15)	(17)	(18)	(19)	(20)	(2)	(21)	(22)	(23)	(25)	(28)	(29)	(31)

（　）内の数字は県単地単電子請求ファイルレイアウトのNo.と一致しています。
請求データを作成される際の参考としてください。