

# 平成 年 月分福祉医療費【連記式】請求総括表

表別 県番 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、障害者自立支援法等公費負担医療、、高額（高齢受給者を除く。）及び在医管・在医総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・特」該当の場合、金額を記載してください。  
 5 訪問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