

外来入院等の区分		1 外来	2 入院（日数 日）	3 訪問看護	4 調剤	5 柔整												
診療点数等 及び 医療機関名等	療養の給付等 （調剤等含む） ※保険対象分のみ	診療点数		点	公費負担について 無・有（名称 ） 有の場合、①～③を記入してください。 ①公費適用分診療点数 _____点 ②公費適用分自己負担額 _____円 ③合計自己負担額（公費適用・公費外合算） _____円													
		5 柔整（接骨・鍼・灸・マッサージ）																
		保険診療の費用額		円														
		窓口での自己負担額		円														
	訪問看護療養分 ※保険対象分のみ	回数		回														
		総費用		円														
		基本利用料		円														
	医療機関等	機関のコード番号 _____																
		住 所 _____																
		氏名・名称 _____																
●調剤に関する申請の場合は、処方箋交付医療機関名称と各医療機関の点数を記入してください。 <table border="1"> <thead> <tr> <th>医療機関名称</th> <th></th> <th>点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>点</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>点</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>点</td> </tr> </tbody> </table>							医療機関名称		点			点			点			点
医療機関名称		点																
		点																
		点																
		点																

費用総額	保険者負担額	一部負担金	公費負担額	高額・附加	助成決定額