平成　　年　　月分　ひとり親家庭等医療費自己負担額支払明細書

診療年月をご記入ください。

石川県国民健康保険団体連合会　様

市町コード					
1	7	2	0	1	4

市町コード（金沢市172014）

医療機関所在地・名称・開設者・電話番号をご記入ください。

表　別						医療機関コード						
医	1	歯	3	調	4							

該当番号を〇で囲んでください。

医療機関コードをご記入ください。

下記のとおり

送付日をご記入ください。

平成　　年　　月　　日

医療機関所在地
名称
開設者　　㊞
電話

入院の場合のみ、入院日数をご記入ください。（通院の場合は、空白）

	資格証番号	保険者番号	氏名	生年月日 年 月 日	入院・外来の別	割合	日数	保険点数	自己負担支払額	診療年月 年 月	備考
1						3				4	
2						3				4	
3						3				4	
4										4	
5										4	
6											
7											
8						3				4	
9						3				4	
10						3				4	
11						3				4	
12						3				4	

資格証番号をご記入ください。

保険者番号を左詰めでご記入ください。

対象者の氏名をご記入ください。

生年月日をご記入ください。昭和45年5月1日生まれの場合は「3450501」

入院は「1」、外来は「2」を記入してください。

レセプトに記載する保険点数（1ヶ月分の領収書に記載した点数）を記入してください。

対象者が実際に窓口で支払った金額を記入してください。
（1，000円未満でも記入する。）

診療年月ご記入ください。平成27年10月診療分は「2710」

ページ数をご記入ください。

（頁/総枚数）

①この明細書は石川県国民健康保険団体連合会に提出する。
②表別欄　医科は１、歯科は３、調剤は４の該当番号を〇で囲む。
③保険者番号欄は、左詰めで記入する。
④生年月日欄は、元号を次の区分で表記して始める。（明治：１，大正：２，昭和：３，平成：４）
⑤入院・外来の別は、入院は１、外来は２を記入する。
⑥割合欄は、受給者自己負担割合を表す。
⑦日数欄は、入院日数を記入する。
⑧保険点数欄は、レセプトで請求する医療保険適用の総点数を記入する。
⑨自己負担支払額欄は、受給者が窓口で支払った額を記入する。
⑩明細書が２枚以上にわたる場合は、頁/総枚数を記入する。