様式第6号（第8条関係）

老人医療費請求書

（老人医療費一部負担金助成分）

所　在　地
名　　称
開設者氏名
連絡先(TEL)

（宛先）　富 山 市 長　　医 療 機 関 等

令　和　　3　年　　3　月　分　㋐　　㋷　（　　枚中の　　枚目）

	外来					入院			
	該当者番号 ㋑	科別 ㋺	㋩ 診療月	薬剤処方に係る一部負担金額 ㋥	㋭ 一部負担金額	該当者番号 ㋬	㋣ 診療月	一部負担日数 ㋠	㋮ 一部負担金額
			年　月	円	円		年　月	日	円
1			R3・3						
2			R3・3						
3			H31・4				.		
4			H31・4				.		
8			.				.		
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18			.				.		
19			.				.		
20									
21									
22									
23			.				.		
24			.				.		
25			.				.		
小　計	㋲ 件			㋳ 円	㋴ 円	小　計		㋵ 日	㋶ 円
医療機関コード	1 2 3 4 5 6 7		請　求　金　額			㋷ 件	㋸ 円		

元号の記入願います。
また㋐欄と㋩欄の年月が同一の場合は㋩欄の記入は不要です。

一部負担金を請求される場合には、下記のことに留意してご記入ください。
また、毎月10日（必着）までに富山市障害福祉課へ請求願います。

・外来（通院）・入院にわけて記入してください。
・必ず欄外の医療機関等所在地、名称、開設者氏名を記入してください。
・㋐欄「令和　　年　　月分」･･･診療月を記入。ただし、過月分・過年分をあわせて請求される場合は、㋩・㋣診療月欄に年月（例. R3.3、H31.4）を記入してください。
・㋑・㋬欄「該当者番号」･･･**一部負担金助成該当者証の該当者番号**を記入してください。
・㋭欄・㋮欄「一部負担金額」･･･該当者の自己負担分に相当する金額（医療費の1割または３割分）を記入してください。**入院時の高額療養費を現物給付した場合は、自己負担限度額を記入してください。**
・㋥欄「薬剤処方に係る一部負担金額」･･･調剤薬局が一部負担金を請求する際に記入する欄です。該当者の自己負担分に相当する金額（医療費の1割または３割分）を記入してください。
・㋠欄「一部負担日数」･･･1カ月にかかった入院日数を記入してください。

※間違えた場合は、二重線で消して訂正してください。

・小計欄･･･外来と入院にわけて各々の件数の合計、金額等の合計を記入してください。請求書が2枚以上にわたる場合は、**全体の合計を1枚目にのみ記入**してください。
・㋷欄・㋸欄･･･外来＋入院の総合計を記入してください。小計欄同様、請求書が2枚以上にわたる場合は、**全体の合計を1枚目にのみ記入してください。**

医療機関コードを必ず記入してください。