

精神障害者医療費計算書

年 月 日

君津市長 様

医療機関 所在地

名 称

代表者氏名 

年 月診療分の精神障害者医療費は、次のとおりです。

対 象 者	氏 名		保 険 種 別	国 保 社 保 国 保 組 合 後 期 その他（ ）	
	生 年 月 日	年 月 日			
保 険 請 求 点 数	入 院	点	診 療 実 日 数	入 院	日
	通 院	点		通 院	日
	調 剤	点		調 剤	日
自 己 負 担 額	円		自 己 負 担 割 合	入 院	3 割 その他 割
交 付 手 数 料				通 院	自 立 支 援 医 療 費 （ 精 神 通 院 ） の 公 費 負 担 （ 有 ・ 無 ） 3 割 その他 割
病 名 （ ICD コード ）	（ ）				