

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。

精神障害者	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	円			通院	自立支援医療費 (精神通院)の公費 負担(有・無)
傷病名					3割 その他 割