様式第7号　福祉医療費請求書（連名簿）

No.

令和　　年　　月分
下記のとおり請求する。
令和　　年　　月　　日

事業区分　9
処理区分　2

医療機関所在地
名称・開設者氏名　　㊞

医療機関コード

点数表区分

	区分	受給者氏名 / 性別	生年月日	保険者番号 / 被保険者証記号	公費番号① / 公費番号② / 被保険者証番号	公費受給者番号① / 公費受給者番号②	診療年月		給付割合	本家	日数	請求点数（訪問看護・柔整の場合は合計）	一部負担金	公費分点数① / 公費分点数②	公費対象患者負担額① / 公費対象患者負担額②	長	公	科別番号
1	2																	
2	2																	
3	2																	
4	2																	
5	2																	
6	2																	
	1	合計					件数											