第５号様式（第８条関係）

精神障害者医療費計算書

年　　月　　日

　　　富津市長　　　　　様

所在地

名称

代表者氏名　　　　　　　　　　印

下記患者に対する　　　　年　　月診療分の医療費は次のとおりです。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 精神 障害者 | 氏名 |  | | 入院日数 | | 日 |
| 生年  月日 | 年　　月　　日生 | |
| 傷病名 |  | | | 保険請求点数 | | 点 |
| 保険種別 | 政府・組合・船員・共済  国保・日雇・後期 | | | 自己負担額 | | 円 |
| 保険証 発行機関 |  | | |
| 保険証記号番号 | |  | | | | |
| 転帰 | １治癒　２寛解　３中止  ４死亡　５継続 | | 保険給付割合 | | ７割　８割　９割　その他　　　割 | |

注　精神疾患に関する医療費のみを記入してください。また、同月内に入院がある場合は１枚に記入してください。