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。