

令和 年 ① 月分 福祉医療費等に係る請求書【集計票】（歯科）

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者氏名

②

医療機関コード		③			
公費法別	入・外	件数	点数	金額	備考
④	入院	⑤	⑥	⑦	
	入院外	⑤	⑥	⑦	
	入院				
	入院外				
	入院				
	入院外				

* 福祉医療費（公費法別43・46・73・74・75・76）、成人・妊婦歯科健診（公費法別94）の請求書【集計票】です。公費法別ごとに合計を記載してください。

①～⑦の記載内容

- ① 当該診療の年月分を記載します。
- ② 保険医療機関の所在地・名称・開設者名を記載します。ゴム印、スタンプ印等の場合は鮮明に押印してください。
- ③ 医療機関コード（7桁）を記載します。ゴム印、スタンプ印等の場合は鮮明に押印してください。
- ④ 当該公費負担者番号の先頭2桁の公費法別番号を記載します。
- ⑤ 例：公費負担者番号が46390019であれば46と記載します。
件数の合計を入院・入院外別に記載します。
- ⑥ 点数欄での請求がある場合に、点数の合計を入院・入院外別に記載します。
- ⑦ 金額欄での請求がある場合に、金額の合計を入院・入院外別に記載します。

※月遅れ分を含めて集計します。

※④～⑦は公費法別番号ごとに記載します。

（参考）成人・妊婦歯科健診の請求（集計）も福祉医療費請求書と同じこの集計票を使用します。
入院外欄に件数の合計と金額の合計を記載します。（入院欄は、使用しない。）