

乳幼児医療費自己負担額支払明細個票 主な返戻事項

1 <記載もれ> (利用者欄)

受給者番号… 受給者証通りの9ケタの番号を記載して下さい。

3 重複請求、二重請求

レセプト通りの保険診療合計点数・自己負担支払額を記入して下さい。

※負担割合と合計点数の計算が一致せず、公費番号欄未記入の場合、返戻となります。

4 負担割合と支払額の確認

公費番号がある場合は、公費番号欄に最初の2桁(例 52・54)と記載、又は入力をして下さい。

※負担割合と合計点数の計算が一致せず、公費番号欄未記入の場合、返戻となります。

6 取り扱い外

公費により、自己負担額が「0円」(例 80公費)の場合

※医科・歯科・調剤・ステーション・柔整の自己負担額について助成する事業ですのでレセプトで自己負担額のない方は提出の必要はありません。

<p>乳幼児医療費自己負担額支払明細個票 返れい付せん (月提出分) 鹿児島県国民健康保険団体連合会</p>	
<p>1. <記載もれ> (利用者欄) 市町村番号、 受給者番号、 氏名、 生年月日、 保険種別、 保険者番号</p> <p>2. <記載もれ> (医療機関等欄) 入院・入院外、 負担割合、 点数(金額)、 支払額、 実診療等年月</p> <p>3. 重複請求、二重請求</p> <p>4. 負担割合と支払額の確認</p> <p>5. 受給資格対象年齢確認</p> <p>6. 取り扱い外</p> <p>7. 取り下げ依頼</p> <p>8. その他</p>	
摘要	

乳幼児医療費自己負担額支払明細個票は○印の事由により返れいします。
ご整備のうえ来月分と一緒に付せんのまま再提出願います。
(訂正や注記は個票に記入のこと)