

福祉医療費支給申請・請求明細書

老人の場合は記入なし

平成 21年 5月診療分

①. 社 保	① 一 般	3. 退 本	前期高齢者	一部負担割合
2. 国 保	2. 老 人	4. 退 家	9	1
3. 国保組合			8	2
			7	③

※旧様式での記載方法は次ページをご覧ください。

右づめで記入

老人の場合

1か2のどちら

保険者番号					被保険者証記号・番号				
市町村番号					老人医療受給者番号				
公費負担者番号	8	1	3	8	公費負担医療受給者番号				
患者氏名					性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日
1 入院	診療日数()日間	2 外来	診療日数()日間	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 11・12・13・14・15・16・17・18・19・20 21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31					
傷病名及び	*高額療養費(21,000円以上)に該当する時のみ記入して下さい				特定疾病等 「02→1」「16→2」「17→3」「18→4」「19→5」を記入。				
診療報酬請求	報酬点数				点				
他法公費種別、	精神	結核	更生	自己負担月額		円			
自己負担月額、	1	2	3	円		円			
及び負担額	育成	特疾	その他	公費負担額		円			
4	5	6	円		円				
内訳	請求金額				円				

桁不足は右詰めにし、前0を記入

「02長 → 1」「16長 → 2」
「17上位 → 3」「18一般 → 4」「19低所 → 5」
*レセプトの特記事項欄に記入する表示を上記に示すとおり、各(1~5)数字に置き換えて記入して下さい。

訪問看護ステーション・柔整の場合は金額

患者は支払っていないが、本来支払

公費が支払う金額で患者負担額を除いた金額

総診療報酬点数×10×負担割合(円の位まで)
一部負担金が発生する場合の請求金額は、レセプト記載と同様。
在宅末期医療総合診療料及び在宅時医学総合管理料を算定して外来一部負担金が上限以下の場合には10円未満四捨五入。(備

福祉医療に係る助成金額を記入して下さい。(請求金額に少数点以下が発生する場合は少数点以下第1位の位を切り上げて円の位まで記入)

請求年月日 平成 年 月 日

医療機関コード番号	診療科コード*	医療機関等所在地
		名称

診療日数が0の場合理由を記入

旧総合病院は診療科コード(例・内科)01を記入

レセプトの特記事項欄に記入の「22多上」「23多一」「24多低」を「22」「23」「24」と記入

備考
公費対象点数 ○○○点
在 未来院

在宅末期医療総合診療料及び在宅時医学総合管理料を算定の場合、在 と記

総診療報酬点数に対する負担割合の金額と請求金額が違う場合(公費対象点数が総点数と同

*...種別欄 2. 国保 3. 退本 4. 退家 は、月遅れ分請求時の使用となります。
*... 特定疾病等に該当する場合、下記のとおり記入して下さい。
「02長 → 1」「16長 → 2」
「17上位 → 3」「18一般 → 4」「19低所 → 5」
*... 請求金額に少数点以下が発生する場合は少数点第1位の位を切り上げて円の位まで記入して下さい。
診療科コード*欄... 旧総合病院は診療科コード番号を記入して下さい。
*...レセプトの特記事項欄に記入の「22多上」「23多一」「24多低」は「22」「23」「24」と備考欄に記入して下さい。

福祉医療費支給申請・請求明細書

1 社 保 1 一 般 3 混 本 前期高齢者 一部負担割合

割

取繕いにて「旧様式」を使用する場合の記載方法のお願い

番号	公費負担者番号	患者氏名	診療日数()日間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	傷病名及び期間	*高額療養費(21,000円以上)に該当する時のみ記入ください	特定疾病(長) (02)・・・1 / (16)・・・2 を記入
1 入院						
総診療報酬点数						点
診療報酬請求明細内訳	他法公費種別、	精神	結核	更生	自己負担月額	円
	自己負担月額、	1	2 特疾	3 その他		
他方公費の受給資格が、「法別10(感染症法第37条の2関係)」(結核患者の適正医療)、「法別11(感染症法第37条関係)」(結核の入院患者に対する医療)の場合、上記例のとおり、「結核欄 2」に○印の記載をお願いします。						
円						

「02長 → 1」・「16長 → 2」
「17上位 → 3」・「18一般 → 4」・「19低所 → 5」

*レセプトの特記事項欄に記入する表示を上記に示すとおり、各(1~5)数字に置き換えて記入して下さい。

請求年月日 平成 年 月 日

医療機関コード番号	診療科コード*

医療機関等
所在地

名称

氏名

印

備考

- *・・・種別欄 2. 国保 3. 退本 4. 退家 は、月遅れ分請求時の使用となります。
 - *・・・月遅れ請求分で薬剤一部負担金がある場合、請求金額欄・上部に記入して下さい。
 - *・・・特定疾病(長)に該当する場合、「02 長」に該当する場合は「1」を「16 長2」に該当する場合は「2」を記入して下さい。
 - *・・・請求金額に少数点以下が発生する場合は少数点第1位の位を切り上げて円の位まで記入して下さい。
- 診療科コード* 欄・・・旧総合病院は診療科コード番号を記入して下さい。

