

# 福祉医療費支給申請・請求明細書

前期高齢者の場合のみ記入

平成 年 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 8 7	1 2 3
3. 国保組合				

右づめで記入

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	公費負担医療受給者番号

桁不足は右詰めにし、前0を記入

1か2のどちらか

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 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	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

レセプトの特記事項欄の02・16・17・18・19・26・27・28・29・30とコードを記入

他法公費医療がある場合は、それぞれの番号を○印で囲む	福祉医療に係る診療日を○印で囲む	特定疾病等 「特記事項」欄のコードを記入
----------------------------	------------------	-------------------------

訪問看護ステーション・柔整の場合は金額

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。

診療報酬請求明細	精神	結核	更生	自己負担月額	点
他法公費種別、	1	2	3		円
自己負担月額、及び負担額	育成	特疾	その他	公費負担額	円
	4	5	6		円
請求金額					円

患者は支払っていないが、本来支払う金額

公費(左欄の他公費)が支払う金額で患者負担額を除いた金額

請求年月日 平成 年 月 日

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

医療機関コード番号	診療科コード*	医療機関等所在地

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の多数該当の場合、「22」「23」「24」「31」「32」「33」「34」「35」とコードを記入

備考  
公費対象点数 ○○○点  
未来院、検査のみ 等

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(公費対象点数と同じでない場合等)詳細を記入

\*\*\* 種別欄 2. 国保 3. 退本 4. 退家 は、月遅れ分請求時(平成15年6月診療以前分)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 → 02」「16長 → 16」「17上位 → 17」「18一般 → 18」「19低所 → 19」  
 「26区ア → 26」「27区イ → 27」「28区ウ → 28」「29区エ → 29」「30区オ → 30」  
 \*\*\* 請求金額に小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」「31多ア」「32多イ」「33多ウ」「34多エ」「35多才」は「22」「23」「24」「31」「32」「33」「34」「35」と備考欄に記入して下さい。