

高額療養費の現物給付化（70歳未満の入院患者）に伴う重度心身障害者及びひとり親家庭等医療費請求書の記載について

健康保険法施行令等の一部を改正する政令（平成18年政令第390号）の施行に伴い、重度心身障害者医療給付事業及びひとり親家庭等医療給付事業に係る請求書様式等を別添のとおり改正することとしましたので、次のとおりよろしくお願いいたします。

なお、当分の間（概ね半年位）旧様式を使用しても差し支えありません。

記

1 改正の理由

70歳未満の被保険者が保険医療機関等から入院医療等を受けた場合の高額療養費の支給については、あらかじめ保険者の認定を受けた被保険者の所得区分に応じ、現行の70歳以上の被保険者と同様に保険者から当該保険医療機関等に支払うものとされたためです。

2 改正点

限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証を提示した70歳未満の入院患者に係る自己負担限度額又は自己負担額の記載欄を設けたことです。

3 施行日

平成19年4月1日

4 「限度額（入院のみ）」欄の記載方法

医療保険の高額療養費の自己負担限度額は、所得により複数の区分があることから、申請により「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」が交付されることとなりますので、この「限度額適用認定証」等を提示した受給者についてのみ、「㊦限度額（入院のみ）」又は「㊧限度額（入院のみ）」欄に自己負担限度額（高額療養費が生じなかった場合については、2割又は3割の自己負担額）を記載してください。

【参考】上位所得者 ……限度額適用認定証の適用区分「A」

一 般 ……限度額適用認定証の適用区分「B」

市町村民税非課税 ……限度額適用・標準負担額減額認定証の適用区分「C」

5 お願い

重度心身障害者及びひとり親家庭等医療給付事業の受給者は、課税の場合でも入院の月額上限額は44,400円ですが、当該事業は医療保険の自己負担分を助成するものであり、今回の制度改正の趣旨から、該当する受給者への申請手続等の周知について御協力をお願いします。

～照会先～

○重度心身障害者医療 北海道保健福祉部福祉局障害者保健福祉課（011-204-5455）

○ひとり親家庭等医療 北海道保健福祉部子ども未来推進局（011-204-5236）

重度心身障害者医療費請求書(医療機関用)

平成 年 月分下記のとおり請求する

平成 年 月 日

医療機関コード

市町村長 様

医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名

Tel

区分	保険 給付	件数	診療報酬請求総点数(レセプト の総点数)及び限度額等	一部負担金	請求事務 手数料	区分	件数	診療報酬請求総点数(レセプト の総点数)及び限度額等	一部負担金
請求	(71) 7割	件	点	円	円	※決 定	件	点	円
	(71) 8割								
	(71) 限度額 (入院のみ)		円					円	
	(72) 前期高齢者								
	(73) 障害者								
求						定			

(内 訳 書)

診療 年月	受給者番号 患者氏名	入院 外来 区分	診療報酬請求総点数(レセプトの総点数)及び限度額			請求金額(2,3割負担・在院・長期高 額疾病・結核・精神・更生育成)			一部 負担金	備考
			(71) 7割 点	(71) 8割 点	(71) 限度額(入院のみ) 円	(72) 前期高齢者 2,3割・在・長・結・精・更 円	(73) 障害者 2,3割・在・長・結・精・更 円	初・課 円		
年月		入・外								
年月		入・外								
年月		入・外								
年月		入・外								
年月		入・外								
年月		入・外								
年月		入・外								
年月		入・外								
年月		入・外								
年月		入・外								
年月		入・外								
年月		入・外								
年月		入・外								
年月		入・外								
小 計			件数	件	件	件	件	円		
			点数 及び 金額	点	点	円	円	円		

※記載要領裏面

重度心身障害者医療費請求書記載要領

- 1 受給者番号については、受給者証の受給者番号を右詰で0を省略せず7桁すべて記載すること。
- 2 入院・外来区分欄は該当するものを○で囲むこと。(記載漏れのないよう願います。)
- 3 診療報酬請求総点数(レセプトの総点数)及び限度額欄は次のとおり記載すること。
 - (1)⑦1 7割及び⑦2 8割
下記「4」以外の保険給付割合が7割及び8割の一般の受給者について、それぞれレセプトの総点数を記載すること。(2)に該当する受給者は除く。)
 - (2)⑦3 限度額(入院のみ)
(1)に該当する受給者のうち、入院・外来区分が「入」で限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証を提示した受給者についてのみ、自己負担限度額(高額療養費が生じなかった場合については、2割又は3割の自己負担額)を記載すること。
- 4 請求金額(2, 3割負担・在総・長期高額疾病・結核・精神・更生・育成)欄は、前期高齢者、障老(老人保健法対象者)の受給者及び在医総管・在医総・長期高額疾病並びに結核・精神・更生・育成の各公費医療の適用を受ける受給者について、それぞれ該当する金額を⑦4前期高齢者(一般受給者を含む。)欄と⑦5障老欄に分けて記載すること。
 - (1)在総(⑦2、⑦3欄共通)
在医総管(在宅時医学総合管理料)又は在医総(在宅末期医療総合診療料)を算定した受給者について、レセプトに記載された(一部)負担金額を記載し、「在」を○で囲むこと。
 - (2)長期高額疾病(⑦2、⑦3欄共通)
長期高額疾病の受給者について、高額療養費(月1万円又は2万円)として請求する額を記載し、「長」を○で囲むこと。
 - (3)結核(公費【10】【11】)・精神(公費【20】【21】)医療(⑦2、⑦3欄共通)
障害者自立支援法等による公費負担があるときは、患者負担として請求する金額を記載し、「結・精」の該当するものを○で囲むこと。
なお、公費に該当しない医療も同時にあるときは、上記金額にレセプトの総点数から公費該当点数を差し引いた点数の3割又は2割相当額を合算し記載すること。
 - (4)更生(公費【15】)・育成(公費【16】)医療(⑦2、⑦3欄共通)
障害者自立支援法に基づく更生医療・育成医療による公費負担があるとき(長期高額疾病に該当する疾病に限る。)は、患者負担として請求する金額を記載し、「更」を○で囲むこと。
なお、公費に該当しない医療も同時にあるときは、上記金額にレセプトの総点数から公費該当点数を差し引いた点数の3割又は2割相当額を合算し記載すること。
 - (5)療養介護(公費【24】)・障害児施設(公費【79】)医療(⑦2、⑦3欄共通)
障害者自立支援法等に基づく療養介護医療・障害児施設医療による公費負担があるときは、患者負担として請求する金額を記載し、金額の前に⑦6を記入すること。
 - (6)前期高齢者(⑦4欄のみ)
老人保健法対象外の70歳以上の前期高齢者であって、上記(1)～(4)に該当しない受給者について、1割、2割又は3割相当額(食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を除く。)を円単位(入院については、レセプトに記載された(一部)負担金額)で記載すること。
なお、2割又は3割負担の受給者の場合は、「2, 3割」を○で囲むこと。
 - (7)障老(⑦5欄のみ)
老人保健法対象者であって、上記(1)～(4)に該当しない受給者について、1割、2割又は3割相当額(食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を除く。)を円単位(入院については、レセプトに記載された(一部)負担金額)で記載すること。
なお、2割又は3割負担の受給者の場合は、「2, 3割」を○で囲むこと。
- 5 一部負担金額は次のとおり記載すること。
 - (1)低所得者(受給者証に⑦7初又は⑦8老初と表示)について初診料を算定した場合に、「初」を○で囲むとともに、初診時一部負担金を徴収したときはその金額(円単位)を記載し、市町村と郡市医・歯科医師会との間で初診時一部負担金を徴収しない旨の協定をしているときは初診時一部負担金相当額を○で囲んで記載すること。
 - (2)それ以外の場合(受給者証に⑦9課又は⑦10老課と表示)については、「課」を○で囲むとともに、1割相当額を徴収したときはその金額(円単位)を記載し、市町村と郡市医・歯科医師会との間で1割相当額を徴収しない旨の協定をしているときは1割相当額を○で囲んで記載すること。
- 6 同じ診療年月であっても、診療年月欄に「〃」とせずに「〇年〇月」と記載すること。
- 7 「小計」欄は、2枚以上にわたるときにのみ記載すること。
- 8 2枚以上にわたるときは、2枚目以降は内訳書のみを記載し、上部は斜線を引くこと。
- 9 ※印(決定)欄は記載しないこと。

ひとり親家庭等医療費請求書(医療機関用)

平成 年 月分下記のとおり請求する

平成 年 月 日

医療機関コード

市町村長 様

医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名
Tel

※記載要領裏面

区分	保険給付	件数	診療報酬請求点数(レセプトの総点数)及び限度額等	一部負担金	請求事務手数料	区分	件数	診療報酬請求点数(レセプトの総点数)及び限度額等	一部負担金
請求	(75) 7割	件	点	円	円	※決定	件	点	円
	(75) 8割								
	(75) 限度額(入院のみ)		円					円	
	長期高額								
	結・精								
請求						定			

(内訳書)

診療年月	受給者番号 患者氏名	入院外来 区分	診療報酬請求点数(レセプトの総点数)及び限度額			請求金額		一部負担金	備考
			(75) 7割 点	(75) 8割 点	(75) 限度額(入院のみ) 円	長期高額疾病 円	結・精 円		
年月		入・外					結・精 円	初・課 円	
年月		入・外					結・精 円	初・課 円	
年月		入・外					結・精 円	初・課 円	
年月		入・外					結・精 円	初・課 円	
年月		入・外					結・精 円	初・課 円	
年月		入・外					結・精 円	初・課 円	
年月		入・外					結・精 円	初・課 円	
年月		入・外					結・精 円	初・課 円	
年月		入・外					結・精 円	初・課 円	
年月		入・外					結・精 円	初・課 円	
年月		入・外					結・精 円	初・課 円	
年月		入・外					結・精 円	初・課 円	
小計			件数	件	件	件	件	円	
			点数及び金額	点	点	円	円	円	

ひとり親家庭等医療費請求書記載要領

- 1 受給者番号については、受給者証の受給者番号を右詰で0を省略せず7桁すべて記載すること。
- 2 入院・外来区分欄は該当するものを○で囲むこと。(記載漏れのないよう願います。)
- 3 診療報酬請求総点数(レセプトの総点数)及び限度額欄は次のとおり記載すること。
 - (1)㉞7割及び㉞8割
下記「4」以外の保険給付割合が7割及び8割の一般の受給者について、それぞれレセプトの総点数を記載すること。((2)に該当する受給者は除く。)
 - (2)㉞限度額(入院のみ)
(1)に該当する受給者のうち、入院・外来区分が「入」で限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証を提示した受給者についてのみ、自己負担限度額(高額療養費が生じなかった場合については、2割又は3割の自己負担額)を記載すること。
- 4 ㉞長期高額疾病・結核・精神欄は、長期高額疾病並びに結核・精神の各公費医療の適用を受ける受給者について、それぞれ該当する金額を記載すること。
 - (1)長期高額疾病
長期高額疾病の受療証を提示した受給者について、高額療養費(月1万円又は2万円)として請求する額を記載すること。
 - (2)結核(公費【10】【11】)・精神(公費【20】【21】)医療
障害者自立支援法等による公費負担があるときは、患者負担として請求する金額を記載し、「結・精」の該当するものを○で囲むこと。
なお、公費に該当しない医療も同時にあるときは、上記金額にレセプトの総点数から公費該当点数を差し引いた点数の3割又は2割相当額を合算し記載すること。
- 5 一部負担金額は次のとおり記載すること。
 - (1)低所得者(受給者証に親初と表示)について初診料を算定した場合に、「初」を○で囲むとともに、初診時一部負担金を徴収したときはその金額(円単位)を記載し、市町村と郡市医・歯科医師会との間で初診時一部負担金を徴収しない旨の協定をしているときは初診時一部負担金相当額を○で囲んで記載すること。
 - (2)それ以外の場合(受給者証に親課と表示)については、「課」を○で囲むとともに、1割相当額を徴収したときはその金額(円単位)を記載し、市町村と郡市医・歯科医師会との間で1割相当額を徴収しない旨の協定をしているときは1割相当額を○で囲んで記載すること。
- 6 同じ診療年月であっても、診療年月欄に「〃」とせずに「〇年〇月」と記載すること。
- 7 「小計」欄は、2枚以上にわたるときにのみ記載すること。
- 8 2枚以上にわたるときは、2枚目以降は内訳書のみを記載し、上部は斜線を引くこと。
- 9 ※印(決定)欄は記載しないこと。

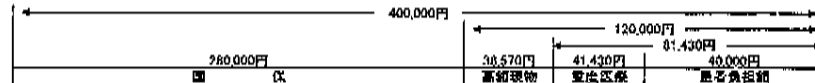
<重度ひとり親等請求書記載例>

●重度心身障害者・ひとり親家庭等医療費【共通】

【例1】 重度医療～障難 限度額適用認定証～B(一般)

総医療費 400,000円
 高額現物 38,570円 → 400,000円×3割＝81,430円
 患者負担額 40,000円 → 総点数の1割分
 重度医療 41,430円 → 81,430円－40,000円

自己負担限度額 81,430円 → 80,100円＋(400,000円－257,000円)×1%



重度心身障害者医療費請求書

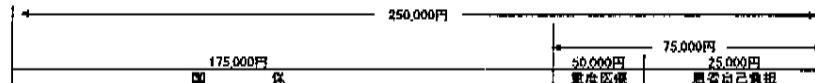
(内訳書)

診療 年月	受給者番号 患者氏名	入院 外来 区分	診療報酬請求点数(レセプトの総点数)及び限度額	請求金額(2,3割負担・在給・長期療養)	一部 負担金	備考
診療 年月	1 2 3 4 5 6 7	①	(7) 7 割 点 (7) 8 割 点 (7) 限度額(入給のみ) 円	初診時・継続・精神・更生育成 (7) 前期高齢者 (7) 障害 2,3割 在 給 精 神 更 生 育 成 円 円 円	初 (円)	
18 4	国保 太郎	外	81.430		40,000	

【例2】 重度医療～障難 限度額適用認定証～B(一般)

総医療費 250,000円
 高額現物 0円 → 250,000円×3割＝75,000円
 患者負担額 25,000円 → 総点数の1割分
 重度医療 50,000円 → 75,000円－25,000円

自己負担限度額 75,000円 → 総医療費が267,000円を超えていないため、総点数の3割分が限度額となる。



重度心身障害者医療費請求書

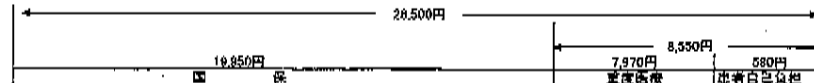
(内訳書)

診療 年月	受給者番号 患者氏名	入院 外来 区分	診療報酬請求点数(レセプトの総点数)及び限度額	請求金額(2,3割負担・在給・長期療養)	一部 負担金	備考
診療 年月	1 2 3 4 5 6 7	①	(7) 7 割 点 (7) 8 割 点 (7) 限度額(入給のみ) 円	初診時・継続・精神・更生育成 (7) 前期高齢者 (7) 障害 2,3割 在 給 精 神 更 生 育 成 円 円 円	初 (円)	
19 4	国保 太郎	外	75.000		25,000	

【例3】 重度医療～障初 限度額適用・標準負担額減額認定証～C(低所得者)

総医療費 28,500円
 高額現物 0円 → 28,500円×3割＝8,550円
 患者負担額 580円 → 低所得者のため、初診時一部負担金のみ負担
 重度医療 7,970円 → 8,550円－580円

自己負担限度額 8,550円 → 低所得者は35,400円が限度額だが、35,400円以下のため3割分となる。



重度心身障害者医療費請求書

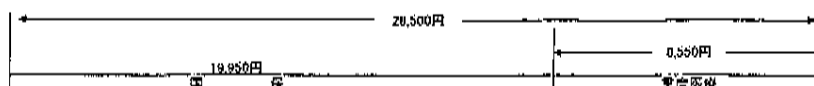
(内訳書)

診療 年月	受給者番号 患者氏名	入院 外来 区分	診療報酬請求点数(レセプトの総点数)及び限度額	請求金額(2,3割負担・在給・長期療養)	一部 負担金	備考
診療 年月	1 2 3 4 5 6 7	①	(7) 7 割 点 (7) 8 割 点 (7) 限度額(入給のみ) 円	初診時・継続・精神・更生育成 (7) 前期高齢者 (7) 障害 2,3割 在 給 精 神 更 生 育 成 円 円 円	初 (円)	
19 4	国保 太郎	外	8.550		580	

【例4】重度医療～障初 限度額適用・標準負担額減額認定証～Q(低所得者)

総医療費 28,500円
 高額現物 0円 → 28,500円×3割＝8,550円
 患者負担額 0円 → 低所得者だが、初診でないため患者負担はなし。
 重度医療 8,550円 → 8,550円－0円

自己負担限度額 8,550円 → 低所得者は35,400円が限度額だが、35,400円以下のため3割分となる。



重度心身障害者医療費請求書

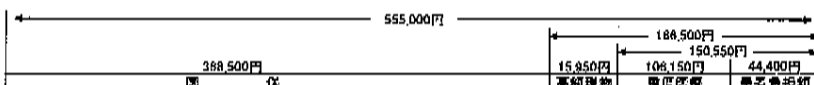
(内訳書)

診療 年月	受給者番号 患者氏名	入院 外来 区分	診療報酬請求点数(レセプトの総点数)及び限度額	請求金額(2.3割負担・在院・長期)	一部 負担金	備考
			(7) 7 割 (7) 8 割 (7) 限度額(入院のみ)	障害者・高齢・精神・更生育成 (7) 前期高齢者 (7) 障害		
年月	1 2 3 4 5 6 7	①	点	円	円	円
19 4	国保 太郎	外		8,550		

【例5】重度医療～障深 限度額適用認定証～A(上位)

総医療費 555,000円
 高額現物 15,950円 → 555,000円×3割＝150,550円
 患者負担額 44,400円 → 総点数の1割分が重度医療の限度額(44,400円)を超えているため
 重度医療 106,150円 → 150,550円－44,400円

自己負担限度額 150,550円 → 150,000円＋(555,000円－500,000円)×1%



重度心身障害者医療費請求書

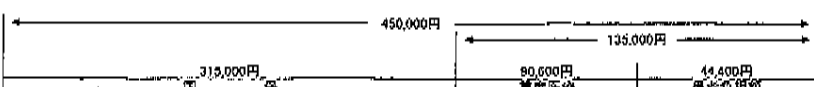
(内訳書)

診療 年月	受給者番号 患者氏名	入院 外来 区分	診療報酬請求点数(レセプトの総点数)及び限度額	請求金額(2.3割負担・在院・長期)	一部 負担金	備考
			(7) 7 割 (7) 8 割 (7) 限度額(入院のみ)	障害者・高齢・精神・更生育成 (7) 前期高齢者 (7) 障害		
年月	1 2 3 4 5 6 7	①	点	円	円	円
19 4	国保 太郎	外		150,550		

【例6】重度医療～障深 限度額適用認定証～A(上位)

総医療費 450,000円
 高額現物 0円 → 450,000円×3割＝135,000円
 患者負担額 44,400円 → 総点数の1割分が重度医療の限度額(44,400円)を超えているため
 重度医療 90,600円 → 135,000円－44,400円

自己負担限度額 135,000円 → 総医療費500,000円を超えていないため、総点数の3割分が限度額となる。



重度心身障害者医療費請求書

(内訳書)

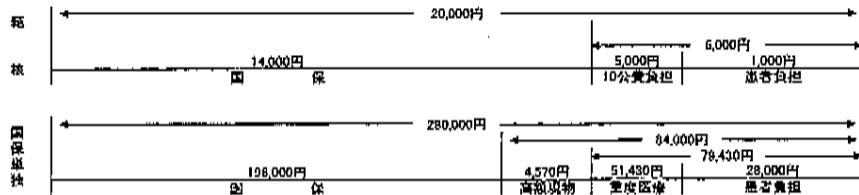
診療 年月	受給者番号 患者氏名	入院 外来 区分	診療報酬請求点数(レセプトの総点数)及び限度額	請求金額(2.3割負担・在院・長期)	一部 負担金	備考
			(7) 7 割 (7) 8 割 (7) 限度額(入院のみ)	障害者・高齢・精神・更生育成 (7) 前期高齢者 (7) 障害		
年月	1 2 3 4 5 6 7	①	点	円	円	円
19 4	国保 太郎	外		135,000		

●国保と結核併用(入院)

【例7】 重症医療～障課 限度額適用認定証～B(一般)

結核医療費 300,000円
 結核医療費 20,000円
 結核医療自己負担額(5%) → 20,000円×5%=1,000円

自己負担限度額 80,430円 → 80,100円+(300,000円-267,000円)×1%



重症心身障害者医療費請求書

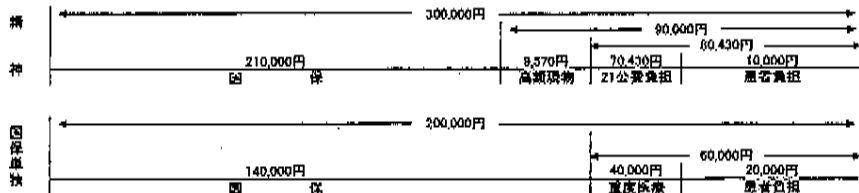
(内訳書)

診療		受給者番号							入院 外注	診療報酬請求点数(レセプトの総点数)及び限度額				請求金額(2,3割負担・在院・長期療養)				一部 負担金	備考
年月		患者氏名							区分	任 限 給 付				病状病・精神・精神・更生育成) (2) 初期高齢者 (2,3割負担) (3) 障害者 (2,3割負担) (4) 精神・災					
年	月	1	2	3	4	5	6	7	①	⑦ 7 割	⑦ 8 割	(1)限度額(入院のみ)	円	円	円	円	円	円	
19	4	国保 太郎							外						80,430			29,000	P

●国保と精神併用(入院)

【例8】 重症医療～障課 限度額適用認定証～B(一般)

結核医療費 500,000円
 精神医療費 300,000円
 精神医療自己負担 10,000円 (自立支援医療限度額)



重症心身障害者医療費請求書

(内訳書)

診療		受給者番号							入院 外注		診療報酬請求点数(レセプトの総点数)及び限度額				請求金額(2,3割負担・在院・長期療養)				一部 負担金		備考			
年月		患者氏名							区分		保 険 給 付				初療者・転院・精神・更生育成)									
									⑦ 7 割		⑦ 8 割		〈1)限度額(入院のみ)				⑦ 2 割高齢者		⑦ 3 障害者					
年 月		1	2	3	4	5	6	7	⑦ 7 割		⑦ 8 割		円				円		円		円		円	
18/4		国保 太郎							⑦ 7 割		⑦ 8 割						70,000				30,000			

重度心身障害者医療費請求書記載要領

- 1 受給者番号については、受給者証の受給者番号のみを右詰で○を省略せず7桁すべて記載すること。
- 2 入院・外来区分欄は該当するものを○で囲むこと。(記載漏れのないよう願います。)
- 3 ⑦診療報酬請求総点数欄は、下記「4」以外の保険給付割合が7割及び8割の一般の受給者について、それぞれ(レセプトの総点数を)及び限度額欄は次のとおり記載すること。
(1)⑦7割及び⑦8割
下記「4」以外の保険給付割合が7割及び8割の一般の受給者について、それぞれレセプトの総点数を記載すること。(2)に該当する受給者は除く。
(2)⑦1限度額(入院のみ)
(1)に該当する受給者のうち、入院・外来区分が「入」で限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証を提示した受給者についてのみ、自己負担限度額(高額療養費が生じなかった場合については、2割又は3割の自己負担額)を記載すること。
- 4 請求金額(2、3割負担・在総・長期高額疾病・結核・精神・更生・育成)欄は、前期高齢者、障害(老人保健法対象者)の受給者及び在医総管・在医総・長期高額疾病並びに結核・精神・更生・育成の各公費医療の適用を受ける受給者について、それぞれ該当する金額を⑦2前期高齢者(一般受給者を含む。)欄と⑦3障害欄に分けて記載すること。
(1)在総(⑦2、⑦3欄共通)
在医総管(在宅時医学総合管理料)又は在医総(在宅末期医療総合診療料)を算定した受給者について、レセプトに記載された(一部)負担金額を記載し、「在」を○で囲むこと。
(2)長期高額疾病(⑦2、⑦3欄共通)
長期高額疾病の受給証を提示した受給者について、高額療養費(月1万円又は2万円)として請求する額を記載し、「長」を○で囲むこと。
(3)結核(公費【10】【11】)・精神(公費【20】【21】)医療(⑦2、⑦3欄共通)
障害者自立支援法等による公費負担があるときは、患者負担として請求する金額を記載し、「結・精」の該当するものを○で囲むこと。
なお、公費に該当しない医療も同時にあるときは、上記金額にレセプトの総点数から公費該当点数を差し引いた点数をそれぞれの保険給付欄に記載し、このときの請求件数は、保険給付欄の1件のみをカウントすることの3割又は2割相当額を合算し記載すること。
(4)更生(公費【15】)・育成(公費【16】)医療(⑦2、⑦3欄共通)
障害者自立支援法に基づく更生医療・育成医療による公費負担があるとき(長期高額疾病に該当する疾病に限る。)は、患者負担として請求する金額を記載し、「更」を○で囲むこと。
なお、公費に該当しない医療も同時にあるときは、上記金額にレセプトの総点数から公費該当点数を差し引いた点数をそれぞれの保険給付欄に記載し、このときの請求件数は、保険給付欄の1件のみをカウントすることの3割又は2割相当額を合算し記載すること。
(5)療養介護(公費【24】)・障害児施設(公費【79】)医療(⑦2、⑦3欄共通)
障害者自立支援法に基づく療養介護医療・障害児施設医療による公費負担があるときは、患者負担として請求する金額を記載し、金額の前に⑦5印を記入すること。
(5)⑥前期高齢者(⑦2欄のみ)
老人保健法対象外の70歳以上の前期高齢者であって、上記(1)～(4)に該当しない受給者について、1割、2割又は3割相当額(食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を除く。)を円単位(入院については、レセプトに記載された(一部)負担金額)で記載すること。
なお、2割又は3割負担の受給者の場合は、「2、3割」を○で囲むこと。
(5)⑥障害(⑦3欄のみ)
老人保健法対象者であって、上記(1)～(4)に該当しない受給者について、1割、2割又は3割相当額(食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を除く。)を円単位(入院については、レセプトに記載された(一部)負担金額)で記載すること。
なお、2割又は3割負担の受給者の場合は、「2、3割」を○で囲むこと。
- 5 一部負担金額欄は次のとおり記載すること。
(1)低所得者(受給者証に○(優)初又は(優)初と表示)については初診料を算定した場合に、「初」を○で囲むとともに、初診時一部負担金を徴収したときはその金額(円単位)を記載し、市町村と都市医・歯科医師会との間で初診時一部負担金を徴収しない旨の協定をしているときは初診時一部負担金相当額を○で囲んで記載すること。
(2)それ以外の場合(受給者証に○(優)課又は(優)課と表示)については、「課」を○で囲むとともに、1割相当額を徴収したときはその金額(円単位)を記載し、市町村と都市医・歯科医師会との間で1割相当額を徴収しない旨の協定をしているときは1割相当額を○で囲んで記載すること。
- 6 同じ診療年月であっても、診療年月欄に「〃」とせず「〇年〇月」と記載すること。
- 7 「小計」欄は、2枚以上にわたるときにのみ記載すること。
- 8 2枚以上にわたるときは、2枚目以降は内訳書のみを記載し、上部は斜線を引くこと。
- 9 ※印(決定)欄は記載しないこと。

(参考)

ひとり親家庭等医療費請求書(医療機関用)

平成 年 月分下記のとおり請求する

平成 年 月 日

医療機関コード

市町村長 様

医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名
Tel

㊤

※記載要領裏面

区分	保険 給付	件数	診療報酬請求総点数(レセプトの総点数)及び限度額等	一部負担金	請求事務 手数料	区分	件数	診療報酬請求総点数(レセプトの総点数)及び限度額等	一部負担金
請求	㉔ 7割	件	点	円	円	※決 定	件	点	円
	㉔ 8割								
	㉔ 限度額 (入院のみ)		円					円	
	㉔ 長期高額								
	㉔ 結・精								

(内訳書)

診療 年月	受給者番号 患者氏名	入院 外来 区分	診療報酬請求総点数(レセプトの総点数)及び限度額			請求金額		一部 負担金	備考
			㉔ 7割	㉔ 8割	㉔ 限度額(入院のみ)	長期高額疾病	結核・精神		
年月		入・外	点	点	円	円	結・精 円	初・課 円	
年月		入・外					結・精 円	初・課 円	
年月		入・外					結・精 円	初・課 円	
年月		入・外					結・精 円	初・課 円	
年月		入・外					結・精 円	初・課 円	
年月		入・外					結・精 円	初・課 円	
年月		入・外					結・精 円	初・課 円	
年月		入・外					結・精 円	初・課 円	
年月		入・外					結・精 円	初・課 円	
小計			件数	件	件	件	件	円	
			点数 及び 金額	点	点	円	円	円	

ひとり親家庭等医療費請求書記載要領

- 1 受給者番号については、受給者証の受給者番号のみを右詰で0を省略せず7桁すべて記載すること。
- 2 入院・外来区分欄は該当するものを○で囲むこと。(記載漏れのないよう願います。)
- 3 ⑤診療報酬請求総点数欄は、下記「4」以外の保険給付割合が7割及び8割の一般の受給者について、それぞれ(レセプトの総点数を)及び限度額欄は次のとおり記載すること。
 - (1)⑦5 7割及び⑦5 8割
下記「4」以外の保険給付割合が7割及び8割の一般の受給者について、それぞれレセプトの総点数を記載すること。((2)に該当する受給者は除く。)
 - (2)⑦5 限度額(入院のみ)
(1)に該当する受給者のうち、入院・外来区分が「入」で限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証を提示した受給者についてのみ、自己負担限度額(高額療養費が生じなかった場合については、2割又は3割の自己負担額)を記載すること。
- 4 ⑦⑦長期高額疾病・結核・精神欄は、長期高額疾病並びに結核・精神の各公費医療の適用を受ける受給者について、それぞれ該当する金額を記載すること。
 - (1)長期高額疾病
長期高額疾病の受療証を提示した受給者について、高額療養費(月1万円又は2万円)として請求する額を記載すること。
 - (2)結核(公費【10】【11】)・精神(公費【20】【21】)医療
障害者自立支援法等による公費負担があるときは、患者負担として請求する金額を記載し、「結・精」の該当するものを○で囲むこと。
なお、公費に該当しない医療も同時にあるときは、上記金額にレセプトの総点数から公費該当点数を差し引いた点数をそれぞれの保険給付欄に記載し、このときの請求件数は、保険給付欄の1件のみをカウントすることの3割又は2割相当額を合算し記載すること。
- 5 一部負担金額欄は次のとおり記載すること。
 - (1)低所得者(受給者証に○親初と表示)について初診料を算定した場合に、「初」を○で囲むとともに、初診時一部負担金を徴収したときはその金額(円単位)を記載し、市町村と都市医・歯科医師会との間で初診時一部負担金を徴収しない旨の協定をしているときは初診時一部負担金相当額を○で囲んで記載すること。
 - (2)それ以外の場合(受給者証に○親課と表示)については、「課」を○で囲むとともに、1割相当額を徴収したときはその金額(円単位)を記載し、市町村と都市医・歯科医師会との間で1割相当額を徴収しない旨の協定をしているときは1割相当額を○で囲んで記載すること。
- 6 同じ診療年月であっても、診療年月欄に「〃」とせずに「〇年〇月」と記載すること。
- 7 「小計」欄は、2枚以上にわたるときにのみ記載すること。
- 8 2枚以上にわたるときは、2枚目以降は内訳書のみを記載し、上部は斜線を引くこと。
- 9 ※印(決定)欄は記載しないこと。