２４田保　第８８４号
平成２４年　９月　３日

（乳幼児医療費現物給付取扱）
医　療　機　関
各　　様
調　剤　薬　局

田　村　市　長
（公印省略）

田村市乳幼児及び児童医療費助成事業の対象年齢引き上げに伴う
現物給付の事務処理について（協力依頼）

保健衛生事業の実施につきましては、特段のご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、当市が実施しております「乳幼児及び児童医療費助成事業」について、現在０歳から中学３年生（１５歳到達後最初の年度末）までの乳幼児及び児童を対象に医療費助成を行っておりますが、福島県１８歳以下医療費無料化にあわせ平成２４年１０月１日から対象年齢を高校３年生相当（１８歳到達後最初の年度末）まで引き上げて助成を行うことになりました。

つきましては、現物給付の事務処理については下記のとおりですので、よろしくお取り計らいくださるようお願いいたします。

尚、国民健康保険加入者につきましても対象年齢が引き上がりますので１０割を国保連合会に請求くださるよう、よろしくお願いいたします。

記

１，対　象　年　齢　　（変更前）：０歳から中学３年生（１５歳到達後最初の年度末）まで
（変更後）：０歳から高校３年生相当（１８歳到達後最初の年度末）まで

２，施　行　期　日　　平成２４年１０月１日

３，事務処理変更点　　（変更前）：現物給付の対象　→　一部負担金の額が３５，４００円以下
（変更後）：現物給付の対象　→　一部負担金の額が２１，０００円以下
食事料をのぞいた額。

※一部負担金の額が２１，０００円を超える場合は償還払い対象となるため、助成申請者に証明をお願いいたします。

事務担当　：　保健福祉部保健課　保健指導係　生天目　０２４７－８１－２２７１）

乳幼児及び医療者助成
事務処理マニュアル

平成２４年１０月１日から

田村市役所保健福祉部　保健課

はじめに

「田村市乳幼児及び児童医療費助成制度」は、乳幼児の疾病又は負傷の治療に伴う経済的負担の軽減を図るため医療費の一部の助成を行う制度です。現在は、０歳～中学３年生の年度末までの方を対象としておりますが、１８歳以下県民の医療費無料化に伴い平成２４年１０月１日診療分から、高校３年生相当の方まで対象年齢の引き上げを行うものです。

対象年齢引き上げに伴う事務取扱については、下記現物給付上限額の他は変更がありません。請求用紙についても現行のままです。

以下をご参照のうえ、事務の取扱をお願いします。

【重要ポイント】

Ⅰ　社会保険等加入者も現物給付の対象となります。
（一部負担金の額が21，000円 を超えるものを除く）

Ⅱ　一部負担金の額が 21，000円 を超えるものは、従来どおり償還払いとなりますので、受給対象者が市役所（行政局）に申請することとなります。

Ⅲ　社会保険等加入者の請求書等の提出先は、福島県国民健康保険団体連合会になります。

1．受給対象者

健康保険証を所持していても、乳幼児及び児童医療費受給資格の登録手続きをしていないと助成を受けることができませんので、必ず「乳幼児及び児童医療費受給資格証」の所持と有効期間を確認してください。

《参考：乳幼児及び児童医療費受給資格対象者》

原則として、田村市内に住所があり、医療保険各法の規定による被扶養者である０～１８歳（誕生日を迎えた次の３月末日）を対象とするが、１８歳以下の児童本人が被保険者の場合、本人が受給者となる。

ただし、生活保護法の適用を受けている方は対象外となります。

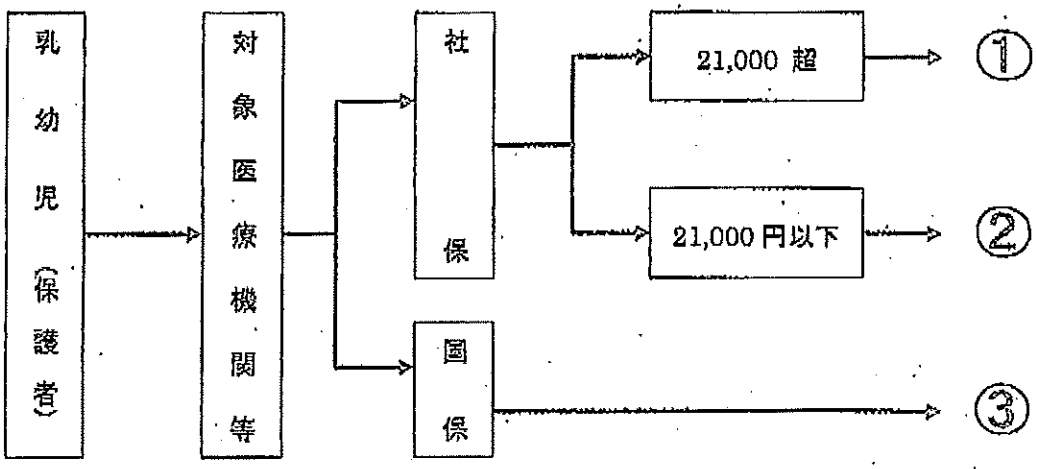
2．助 成 額

・医療保険診療による一部負担金
・入院食事療養費標準負担金

3. 助成方法

受給者の加入している保険や、一部負担金が２１，０００円/月をこえているかどうかで、窓口の一部負担金が変わります。

【現物給付の対象となるものならないもの】



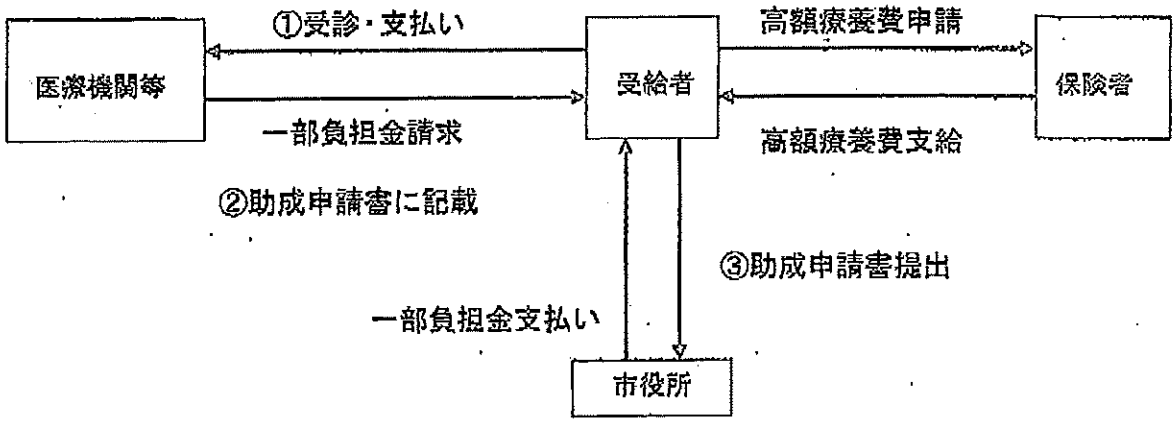
① 一部負担金の額が 21，000円 超えの場合 … 従来どおり償還払いとする。
② 一部負担金の額が 21，000円 以下の場合 … 現物給付となる。
③ 田村市国民健康保険加入者分 …… 従来どおり現物給付とする。

保険者	一部負担金の額	対象医療機関等	対象外医療機関等
社会保険等の場合	① 21，000円超	・受給者は医療機関等窓口で一部負担金を支払い、受給者が市に申請書を提出する。（償還払い方式となる。）	・受給者は医療機関等窓口で一部負担金を支払い、受給者が市に助成申請書を提出する。（償還払い方式となる。）
	② 21，000円以下	・受給者の窓口支払は無し。 ・医療機関等は「医療費請求書」「連記式明細書」を福島県国民健康保険団体連合会へ提出する。	
田村市国保の場合	③	・受給者の窓口支払は無し。 ・医療機関は従来どおりの手続き。	

4. 事務の流れ

(1) 社会保険加入者 一部負担金の額が 21,000円 超の場合

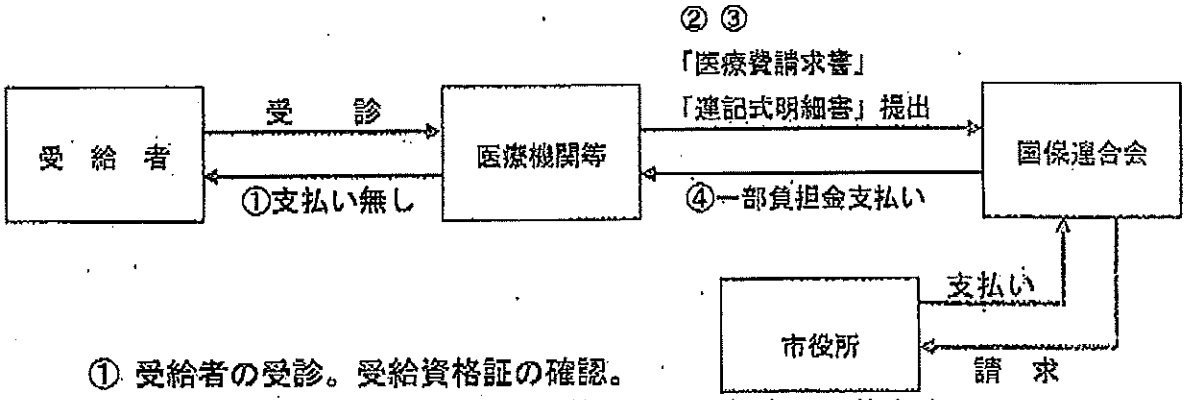
※医療機関窓口で支払い



① 受給者の受診時に一部負担金を請求し、支払いを受ける。
※高額療養費に該当する場合は、保険者に申請する。
② 乳幼児医療費助成申請書に一部負担金を証明する。
③ 受給者は、乳幼児医療費助成申請書を市へ提出する。
※高額療養費に該当する場合は、保険者から受領後、決定通知書を添付して提出する。

(2) 社会保険加入者 一部負担金の額が 21,000円 以下の場合

※国保連合会を通じた現物給付



① 受給者の受診。受給資格証の確認。
② 受給者の1ヵ月の一部負担金を算出し、明細書に記載する。
③ 毎月13日まで（※）に「医療費請求書」連記式明細書」を福島県国民健康保険連合会へ提出する。
④ 翌月月末に福島県国民健康保険連合会を通し、一部負担金が振り込まれる。
※土曜・日曜・祝日の場合は、直近後の平日14時まで

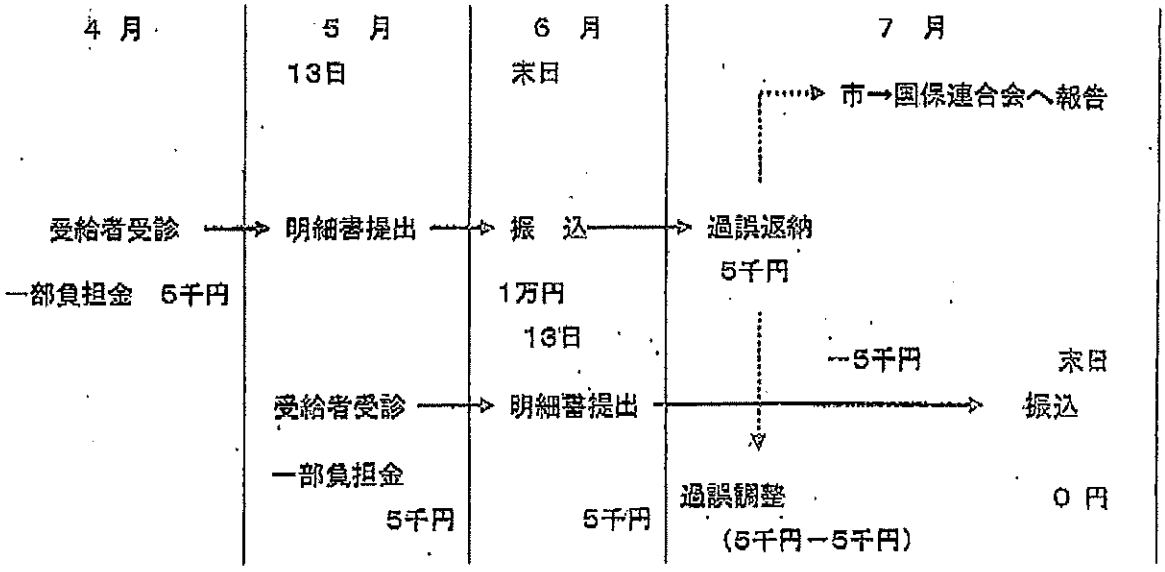
(3) 田村市国民健康保険加入者の場合 …… 従来どおり

5. 現物給付の過誤返納について

(1) 社会保険等加入者（連記式明細書使用）

過誤返納分も含めていったん支払いし、過誤返納分は翌月の振込分で調整する。

（例）



※　上記（例）で 6月分の提出がなければ、過誤返戻分5千円は福島県國民健康保険連合会へ返還していただきます。

(2) 田村市国民健康保険加入者 …… 従来どおり

6.「乳幼児医療費受給資格証」の見方について

≪社会保険加入者のみ所持≫

項　目	注　意　点
①受給者番号	4～5桁で構成
②受給者	ほとんどの場合被保険者は組合員ですが、その方が田村市に住所がない場合は、田村市に住所のある配偶者等となります。
③有効期間の始期	この日から、乳幼児医療費助成の受給資格を有します。この日に達していない日の診療は助成対象とはなりません。
④有効期間の終期	この日で乳幼児医療費助成の受給資格が終了します。終期を過ぎた受給資格証は使用できません。 （※途中で田村市より転出した場合は終期以前であっても、転出日より助成対象外となります。）

【乳幼児医療費受給資格証】

（表面）

乳幼児及び児童医療費受給資格証				
記号			番号	
受給者	氏　名			男・女
	住　所	田村市		
乳幼児児童	氏　名			男・女
	生年月日	平成　　年　　月　　日		
	住　所			
有効期間		平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで		
発行機関名および印		福島県 田村市長 印		
交付年月日		平成　年　月　日		

（裏面）

注　意　事　項

1　この受給資格証は、あなたが医療費の助成を受けるために必要ですので大切に保管してください。

2　この受給資格証は、保険診療のみに適用されるので診療を受けるときは、保険証と一緒に医療機関等提出してください。

3　助成金を受けようとするときは助成申請書に医療機関等から証明を受けて提出してください。

4　次の事由が生じたときは、必ず届けてください。

（1）氏名に変更があったとき。

（2）住所を変更したとき。

（3）加入保健に変更があったとき。

5　この証を棄損、又は亡失したときは、再交付申請をしてください。

6　受給資格がなくなったり、市外へ転出したときは、この受給資格証を速やかに返還してください。

7.「乳幼児医療費〔連記式〕明細書」の記入の仕方について

(1) 記載上の注意点

①「識別」
手書きの場合は、「スペース（未記入）」、コンピュータ出力の場合は「１」を記載してください。

②「診療年及び月分」
国民健康保険の明細書同様に、提出する明細書の診療年及び月分を記載してください。
※ 月遅れ分の請求がある場合も、提出月に合わせてください。

③「市町村番号」
田村市は「０７０１１０」です。

④「医療機関コード」
医療機関コードを記載してください。

⑤「保険医療機関の名称」
保険医療機関（薬局）名、所在地、電話番号、開設者の氏名を記載してください。

⑥「No.」
乳幼児医療費〔連記式〕明細書の枚数を右詰めで記載してください。

⑦「受給者番号」
受給資格証に記載されている番号を右詰めで記載してください。

⑧「性別」
男性は「1」を女性は「2」を記載してください。

⑨「生年月日」
数字で記載してください。なお年号は「平成：４」となります。
（例）24年11月1日生まれの場合は、241101と記載してください。
24年8月10日生まれの場合は、240810と記載してください。
9年12月12日生まれの場合は、091212と記載してください。

⑩「診療年月」
診療を行った年月（薬局の場合は処方年月）を記載してください。
（例）24年 4月診療分は、2404と記載してください。
24年10月診療分は、2410と記載してください。

⑪「診療日数」
診療を行った日数（薬局の場合は処方日数）を記載してください。

⑫「点数」
右詰めで点数を記載してください。

⑬「一部負担金」
右詰めで金額を記載してください。

※ 記載の額が次の場合は、その金額表示が誤っている可能性がありますので記載不備扱いになります。

◈ 点数×10×0.3の額に150円を加算した額を上回る場合

（例）点数が1,500点の場合、4,650円を上回る額の記載が合った場合

⑭「食事日数」

該当する場合は、記載してください。

※「入外」の欄に「1」の記載がない場合は、記載不備扱いとなります。

⑮「標準負担額」

該当する場合は、記載してください。

※「入外」の欄に「1」の記載がない場合は、記載不備扱いとなります。

※ 記載の額が次の場合は、その金額表示が誤っている可能性がありますので記載不備扱いになります。

◈ 食事日数×780円の額を上回る場合

（例）食事日数が10日の場合、7,800円を上回る額の記載が合った場合

⑯「受給者氏名（カナ）」

乳幼児および児童の氏名をカタカナで記載してください。

⑰「医療保険者番号」

右詰めで健康保険証に記載してあるコードを記載してください。

⑱「診療科」

旧総合病院のみ診療科コードを記載してください。

⑲「入外」

入院は「1」を、外来は「2」を記載してください。

⑳「公費法別」

該当する場合は、記載してください。

㉑「○長」

該当する場合は、記載してください。

㉒「備考」

連絡事項があれば、記載してください。

（例）月遅れ分

㉓「小計」の欄について

1枚ごとの合計をそれぞれ右詰めで記載してください。

8. 診療科コード一覧表

診療科コード	診療科名称	診療科コード	診療科名称	診療科コード	診療科名称
01	内科	13	美容外科	25	婦人科
02	精神科	14	脳神経外科	26	眼科
03	神経科	15	呼吸器科	27	耳鼻咽喉科
04	神経内科	16	心臓血管外科	28	気管食道科
05	呼吸器科	17	小児外科	29	
06	消化器科	18	皮膚泌尿器科	30	放射線科
07	胃腸科	19	皮膚科	31	麻酔科
08	循環器科	20	泌尿器科	32	
09	小児科	21	性病科	33	診療内科
10	外科	22	肛門科	34	アレルギー科
11	整形外科	23	産婦人科	35	リウマチ科
12	形成外科	24	産科	36	リハビリテーション科

(2) 保健医療機関等に対する支払いについて

保健医療機関等に対する乳幼児医療費支払額は、請求した翌月の末日までに、福島県国民健康保険団体連合会より指定金融機関を通じて保健医療機関等に支払いの手続きを行います。

保健医療機関等の指定金融機関は、福島県国民健康保険団体連合会に国民健康保険等支払いのためにあらかじめ届けられた金融機関となります。そのため、新たに支払いの手続きを行う必要はありません。

(3) 支払いの通知について

保健医療機関等に支払われる乳幼児医療費の額は、福島県国民健康保険団体連合会より支払日以降、国民健康保険診療報酬等の振込通知書に記載のうえ通知されます。

(4) 過誤の調整について

乳幼児医療費が支払われた後に過誤が発見された場合は、翌月分以降の支払いにおいて乳幼児医療費の過誤調整が行われます。

乳幼児医療費の過誤調整が翌月分以降の乳幼児医療費の請求額を上回る場合、上回る額についての過誤調整ができません。この場合は、過誤調整ができなかった金額の返納の通知が福島県国民健康保険団体連合会より調整を行う月の15日までに対象受給者の請求項目及び過誤理由を記載した「乳幼児医療費過誤調整一覧表」（別紙2参照）が送付されます。

※　保健医療機関等は一覧表に記載されている事項を確認し、当該一覧表が送付された翌月以降、正しい請求内容を「乳幼児医療費〔連記式〕明細書」備考欄「月遅れ分」と記載して再度請求してください。

(5) その他の留意点

福島県国民健康保険団体連合会では、受理した明細書について「請求書・連記式明細書チェック仕様」（別紙1参照）に基づき内容の点検を行います。

点検結果、記載不備となった受給者分の請求については、支払業務の処理が行われません。この場合、福島県国民健康保険団体連合会より受理した翌月15日までに対象受給者の請求項目及び未処理となった理由を記載した「乳幼児医療費受付エラー一覧表」（別紙3参照）が送付されます。

保健医療機関等はエラー一覧表に記載されている事項を確認し、当該一覧表が送付された月の翌月以降に、正しい請求内容を当月分の乳幼児医療費〔連記式〕明細書にまとめて記載し、備考欄に「月遅れ分」として記載して再度請求してください。この際、月遅れ分のみ単独で請求されますと、同月に同一機関から複数請求として記載不備扱いとなりますので、ご注意ください。

9.「乳幼児医療費請求書」の記入の仕方について

(1) 記載上の注意点

①「識別」

手書きの場合は「スペース（未記入）」、コンピュータ出力の場合は「1」を記載してください。

②「診療年及び月分」

診療を行った年月（薬局の場合は処方年月）を記載してください。

※ 月遅れ分の請求がある場合、以下の記載となります。

（例）平成24年5月提出の場合は、以下の記載となります。

平　成 | 2 | 4 | 年 | 0 | 5 | 月　分

平成24年12月提出の場合は、以下の記載となります。

平　成 | 2 | 4 | 年 | 1 | 2 | 月　分

③「市町村番号」

田村市は「０７０１１０」です。

④「医療機関コード」

医療機関コードを記載してください。

⑤「保健医療機関等の名称」

保健医療機関（薬局）名、所在地、電話番号、開設者の氏名を記載してください。

⑥「請求年月日」
福島県国民健康保険団体連合会に提出する年月日を記載してください。

⑦「明細書枚数」の欄について
当月請求分の「乳幼児医療費〔連記式〕明細書」の総枚数を記載してください。

⑧「件数」
当月請求分の総件数を右詰めで記載してください。

⑨「総点数」
当月請求分の点数の総合計を右詰めで記載してください。

⑩「一部負担金」
当月請求分の一部負担金の総合計を右詰めで記載してください。

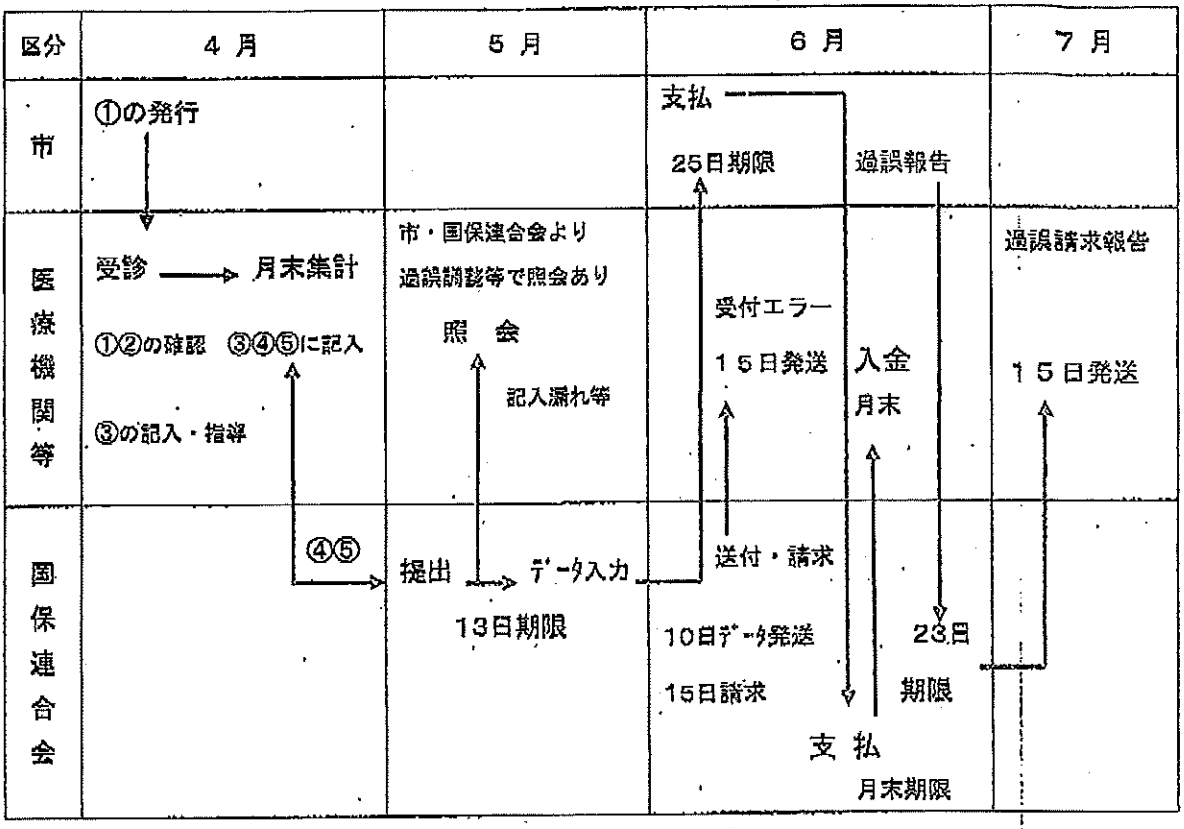
⑪「食事療養費標準負担額」
当月請求分の食事療養費標準負担額の総合計を右詰めで記載してください。

(2) その他の注意点

「乳幼児医療費請求書」は、乳幼児医療費〔連記式〕明細書の枚数や件数の確認に利用するものであり、各明細書に記入された小計の金額と請求書に記入されている送金額が異なる場合には、明細書に記入されているものを優先します。

また、明細書の小計が一つ一つの明細書の積み上げ金額と異なっている場合は、積み上げした金額に訂正させていただくこととなります。

作業工程


区分
4 月
5 月
6 月
7 月
市
①の発行
支払
25日期限
過誤報告
医療機関等
受診
月末集計
①②の確認 ③④⑤に記入
③の記入・指導
市・国保連合会より
過誤調整等で照会あり
照 会
記入漏れ等
受付エラー
15日発送
入金
月末
過誤請求報告
15日発送
国保連合会
④⑤
提出
データ入力
13日期限
送付・請求
10日データ発送
15日請求
23日
期限
支 払
月末期限

（別紙 1）

請求書・連記式明細書チェック仕様

1 請求レセプト請求書項目

	入力項目	チェック仕様
1	市町村番号	保険者マスターに存在しない場合、エラーとなる。 保険者TBLに存在しない場合、エラーとなる。
2	医療機関コード	医療機関マスターに存在しない場合、エラーとなる。 医療機関TBLに存在しない場合、エラーとなる。
3	明細書枚数	返戻・削除分を含まない明細を集計した結果（決定）と請求金額が一致しない場合、警告（国保連合会内部処理用）
4	件数	
5	総点数	
6	一部負担金	
7	食事療養費標準負担額	
8	ページ番号	チェックを行わない。

2 請求レセプト[連記式]明細書項目

	入力項目	チェック仕様
1	受給者証番号	数字以外の場合、エラーとなる。
2	受給者氏名	カタカナ以外の場合、エラーとなる。 空白の場合、エラーとなる。
3	性別	「1」男「2」女以外、エラーとなる。
4	（生年月日）年号	「4」（平成）以外、エラーとなる。
5	（生年月日）年	数字以外の場合、エラーとなる。 生年が診療年月より大きい場合、エラーとなる。
6	（生年月日）月	ゼロ以下の場合、エラーとなる。 「13」以上の場合は、エラーとなる。
7	（生年月日）日	ゼロ以下の場合、エラーとなる 生年に対する末日チェックを行う
8	（生年月日関連チェック）	6歳就学前チェックで6歳就学後の場合、エラーとなる。
9	医療機関番号	空白またはゼロの場合、エラーとなる。 国民健康保険の番号の場合、エラーとなる。
10	本人・家族区分	「2」（家族）以外、エラーとなる。
11	（診療）年	空白またはゼロの場合、エラーとなる。
12	（診療）月	空白またはゼロの場合、エラーとなる。 「13」以上の場合は、エラーとなる。
13	診療年月関連チェック	パラメータの診療月より大きい場合、エラーとなる。 医療機関TBLの診療年月より前、または終了年月より後の場合、エラー（医療機関マスタ・医療機関TBLに存在する場合のみチェックを行う。
14	診療科	医療機関マスタに登録されている診療科が旧総合病院「40」以外の場合、「01～36」以外はエラーとなる。 医療機関マスタに登録されている診療科が旧総合病院「40」以外の場合、「空白」「ゼロ」「01～36・40・60・70・80・90」以外はエラーとなる。
15	入外区分	「1」（入院）、「2」（外来）以外、エラーとなる。
16	公費法別	「空白」「10・1113～23・28・29・51・52・53」以外はエラーとなる。
17	○長	「空白」「1」以外はエラーとなる。
18	診療日数	数字以外の場合、エラーとなる。 診療月の最大日数より大きい場合、エラーとなる。
19	点数	数字以外の場合、エラーとなる。
20	一部負担金	数字以外の場合、エラーとなる。 点数×10×0.3の金額に※150円を加算した額を超えた場合、エラー（歯科療養費該当のチェックは行わない。
21	一部負担金・食事関連チェック	一部負担金がゼロで、かつ食事標準負担額もゼロの場合、一部負担金をエラー（一部負担金がゼロでも食事標準負担額が1円以上の場合は正常とな
22	食事日数	数字以外の場合、エラーとなる。 診療月の最大日数より大きい場合、エラーとなる。
23	食事標準負担額	数字以外の場合、エラーとなる。 食事日数×780円を超えた場合、エラーとなる。
24	食事関連チェック	外来で食事日数または初期氏標準負担額がゼロ以上の場合、エラーとなる。 食事日数が入力され、食事標準負担額がゼロの場合（空の場合も）エラーとなる。
25	小計	チェックを行わない。

※ 1日の最大誤差 5円×30日

関連チェック

内容	チェック仕様
1医療機関内での明細の重複	以下の項目がすべて同じである場合、重複とみなしエラーとなる。 医療機関コード・保険者番号・受給者番号・本家区分・診療年月・入外区分・診療科（ただし、医療機関コードの表区分が「4」（調剤）の場合、重複チェックは行わない。）

（別紙 1－1）

過誤報告内訳書チェック仕様

1 ヘッダ項目

	入力項目	チェック仕様
1	市町村番号	保険者マスターに存在しない場合、エラーとなる。 保険者TBLに存在しない場合、エラーとなる。
2	医療機関コード	医療機関マスターに存在しない場合、エラーとなる。 医療機関TBLに存在しない場合、エラーとなる。
3	ページ番号	チェックを行わない。

2 明細項目

	入力項目	チェック仕様
1	受給者証番号	数字以外の場合、エラーとなる。
2	受給者氏名	チェックを行わない。
3	性別	「0」「1」(男)「2」(女)以外、エラーとなる。(空白の場合は「0」に置き換える)
4	(生年月日)年号	「4」(平成)以外、エラーとなる。
5	(生年月日)年	数字以外の場合、エラーとなる。 生年が診療年月より大きい場合、エラーとなる。
6	(生年月日)月	ゼロ以下の場合、エラーとなる。 「13」以上の場合は、エラーとなる。
7	(生年月日)日	ゼロ以下の場合、エラーとなる 生年に対する末日チェックを行う
8	(生年月日関連チェック)	6歳就学前チェックで6歳就学後の場合、エラーとなる。
9	本人・家族区分	「2」(家族)以外、エラーとなる。
10	(診療)年	空白またはゼロの場合、エラーとなる。
11	(診療)月	空白またはゼロの場合、エラーとなる。 「13」以上の場合は、エラーとなる。
12	診療年月関連チェック	パラメータの診療月より大きい場合、エラーとなる。 医療機関TBLの診療年月より前、または終了年月より後の場合、エラー(医療機関マスタ・医療機関TBLに存在する場合のみチェックを行う。
13	入外区分	「1」(入院)、「2」(外来)以外、エラーとなる。
14	公費法別	「空白」「10・11・13～23・28・29・51・52・53」以外はエラーとなる。
15	○長	「空白」「1」以外はエラーとなる。
16	診療日数	数字以外の場合、エラーとなる。 診療月の最大日数より大きい場合、エラーとなる。
17	点数	数字以外の場合、エラーとなる。
18	一部負担金	数字以外の場合、エラーとなる。 点数×10×0.3の金額に※150円を加算した額を超えた場合、エラーとなる。
19	一部負担金・食事関連チェック	一部負担金がゼロで、かつ食事標準負担額もゼロの場合、一部負担金をエラー(一部負担金がゼロでも食事標準負担額が1円以上の場合は正常とな
20	食事日数	数字以外の場合、エラーとなる。 診療月の最大日数より大きい場合、エラーとなる。
21	食事標準負担額	数字以外の場合、エラーとなる。 食事日数×780円を超えた場合、エラーとなる。
22	食事関連チェック	外来で食事日数または初期氏標準負担額がゼロ以上の場合、エラーとなる。 食事日数が入力され、食事標準負担額がゼロの場合(逆の場合も)エラーとなる。
23	過誤理由	「01・02・11・21～24・31・41・51・61・71・75・81」以外はエラーとなる。

※ 1日の最大誤差 5円×30日

3 小計項目

	入力項目	チェック仕様
1	点数	チェックは行わない。
2	一部負担金	チェックは行わない。
3	食事標準負担額	チェックは行わない。

関連チェック

	内容	チェック仕様
1	1医療機関内での明細の重複	以下の項目がすべて同じである場合、重複とみなしエラーとなる。 医療機関コード・保険者番号・受給者番号・本家区分・診療年月・入外区分・診療科(ただし、医療機関コードの表区分が「4」(調剤)の場合、重複チェックは行わない。)
2	請求レセプト累積ファイルとの存在チェック	過去に決定されたものの累積ファイルに存在しているかをチェックする。 該当項目が一つでも一致しない場合、過誤の対象となるレセプトが存在しないと見なし、エラーとなる。 請求レセプトが重複して存在している場合で過誤報告内訳書の明細も同数がない場合、請求不一致としてエラーとなる。

（様式第3号）

乳幼児医療費過誤調整一覧表（医療機関向け）

市町村番号	市町村名	医療機関コード	医療機関名

平成　年　月分

平成　年　月　日＿＿頁

受給者氏名	受給者氏名(カナ)	性別	生年月日 分	年	月	日	本家	適応年月	入外	公費法別	OK	適応日数	点数	請求 一部負担金	食事日数	食事標準負担額	過誤理由	備考

過誤理由

01: 受給者証番号誤り又は空
02: 医療費を受けた期間・食事日数の誤り
11: 受給者資格取得前の受診
21: 受給者資格喪失後の受診(転居)
22: 〃 (生活保護)
23: 〃 (死亡)
24: 〃 (年齢超過)
31: 加入医療保険の誤り
41: 重複申請
51: 医療機関からの取消し申し出のあった分
61: 第三者行為及び業務上の傷病
71: 一部負担金・食事等の誤り
75: 高額療養費誤り
81: その他

（様式第1号）

②

年　　月分　乳幼児等医療費［連記式］明細書

区分　　類別 ①

保健医療機関等の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名 ⑤

No. ⑥

社保等用	市町村番号	県番号	医療機関コード
	③	07	④

受給者証番号		※①性	生年月日 年号	年	月	日	診療年月 年	月	診療日数日		点数 点	請求額 一部負担金 円	食事療養費 食事日数日	標準負担額 円
受給者氏名（カナ）	本・家	医療保険者番号					※②診療科	※③入外	※④公費法別	※⑤○長				
⑦		⑧	4		⑨		⑩		⑪		⑫	⑬	⑭	⑮
⑯				⑰			⑱	⑲	⑳	㉑	㉒			
	2										備考			
	2										備考			
	2										備考			
	2										備考			
	2										備考			
	2										備考			
	2										備考			
							小計							

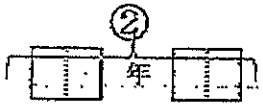
㉓

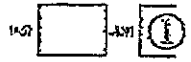
<記載コードの説明>

①性別：男→1　女→2
②診療科：旧総合病院の診療科を明細書の記載要領に準じて記載
③入院：入院→1　入院外→2
④公費法別：法別番号を記入
⑤○長：該当→1　非該当→空白

※医療費の一部負担金、食事療養費はめず、別々に証明してください。

（様式第2号）





社保等用	市町村番号	県番号	医療機関コード
	③	0 7	④

保健医療機関等の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名　⑤　印

下記のとおり請求する。

年　⑥　月　日

明細書枚数	件数	総点数	請求額	
枚	件	点	一部負担金　円	食事療養費標準負担額　円
⑦	⑧	⑨	⑩	⑪