

平成15年 8月27日

各保険医療機関 様

健康福祉部児童福祉課長

福祉3医療費請求書の送付について

時下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

また、常日頃から医療機関関係者の皆様には、福祉医療に対しまして多大なるご協力をいただき厚く御礼申し上げます。

乳幼児医療費、ひとり親家庭等医療費請求書を送付いたします。

※ なお、請求書等の用紙が足りない場合には、至急連絡ください。

よろしくお願いいたします。

※ 問い合わせ先

乳幼児医療費・ひとり親家庭等医療費

児童福祉課 医療・手当担当

TEL 775-5120

重度心身障害者医療費

障害福祉課 障害者医療手当担当

TEL 775-5123

乳幼児医療費・ひとり親家庭等医療費 窓口払い解消の事務手続きについて

■内容■

乳幼児医療費・ひとり親家庭等医療費の受給者が平成15年9月以降に保険適用の診療を受けた場合、次の内容は受給者から領収せずに市へ請求する。

- ・保険診療一部負担金 ^{高額療養のなかみ} 72,300 円まで（2割・3割などの本人が負担する保険分）
- ・入院時食事療養費標準負担額

保険診療一部負担金 72,300 円を超えている部分は、受給者から領収する。

（例）保険診療一部負担金が 100,000 円、

入院時食事療養費標準負担額が 7,800 円の診療があった場合、

→100,000 円－72,300 円＝27,700 円を受給者から領収する。

72,300 円と食事分 7,800 円は市へ請求するので、

受給者からは領収しない。

領収した保険診療一部負担金は、申請委任（受給者が医療費を受け取るための申請書を医療機関で預かって、申請書に証明して市へ提出する手続き）を行う。

※1：保険診療のうち、7割・8割などの分は、今までと同様に健康保険組合へ請求してください。

※2：薬の容器代・文書料・初診の際の特定医療・予防接種代・健診の費用など、保険診療の適用にならないものは、医療費の対象とはならないので、受給者から領収してください。

■手数料・送付料■

手数料

請求書 1 件×120 円

申請委任 1 件×120 円

送付料

請求書、または、申請委任で申請書の提出があった月×300 円

■乳幼児医療費・ひとり親医療費の事務の流れ■

①医療機関の窓口で、受給者が健康保険証と受給資格証を提示。



②医療費請求書の受給者欄を受給者に記入してもらう。



③保険診療一部負担金が 72,300 円を超えている場合は、医療費請求書の他に、医療費支給申請書（受給者が医療費の振込みを受けるための書類）の受給者欄を受給者に記入してもらう。



④72,300 円までの保険診療一部負担金と、入院時食事療養費標準負担額は、受給者から領収しない。（翌月、市へ請求する。）

72,300 円を超えた部分の保険診療一部負担金は、受給者から領収する。

（※保険外の費用は福祉医療の対象ではないので、受給者から領収する。）



⑤診療の翌月に、診療月 1 日～末日までの一か月分の内容を記載した医療費請求書を作成する。（保険診療一部負担金は 72,300 円まで。）

（※7割・8割分等の保険診療費は、福祉医療の対象ではないので、これまでと同様、健康保険組合へ請求する。）



⑥受給者から領収した保険診療分がある場合は、診療の翌月に、診療月 1 日～末日までの 1 ヶ月分の内容を医療費支給申請書（受給者が医療費の振込みを受けるための書類）に証明する。



⑦医療費請求書送付書（請求書の取りまとめの用紙）を記入する。

医療費支給申請書（受給者が医療費の振込みを受けるための書類）が有る場合は、申請委任の送付書（医療費支給申請書の取りまとめの用紙）も記入する。



⑧診療月の翌月 15 日までに、市へ送付する。

送付先…〒362-8501

上尾市本町 3-1-1 上尾市役所児童福祉課



⑨市へ届いた翌々月末日に、指定の口座へ医療費を振込み。（末日が休日の場合は、その前日に振込み）

期日までに届かなかったものは、次の処理分と一緒に処理。



⑩事務手数料を半年ごとに振込み。

■乳幼児医療費窓口払い解消の対象■

次の内容をすべて満たす乳幼児。

- ・上尾市に住所があり、健康保険証に加入している。
- ・受診者の有効期間内の『上尾市 乳幼児医療費 受給資格証』を提示している。
(有効期間内のものに限る。平成15年現在は黄色。緑色の受給資格証は無効。
4歳以上は、登録をしても所得制限により受給できない人がいるので、
有効期間に注意。)
- ・重度心身障害者医療費、または生活保護を受給していない。

※対象となる年齢の期間は、小学校入学前3月末日で終了する。

■その他■

- ・受給者から領収した保険診療一部負担金は、実際に領収した保険診療一部負担金の合計を記入してください。
単純に『保険点数×負担割合』した額を記入すると、差額が生じる場合があります。
受給者から金額不足の連絡があった場合、医療機関での領収内容の再確認が必要になります。
- ・保険点数等が無記入の各医療費支給申請書を、医療機関名称等の判が押された状態で配布しないようご注意ください。

■乳幼児医療費請求書の記入の仕方■

- ・医療機関から市へ、医療費を請求するための書類です。
- ・同じ月に入院と外来があった場合は、それぞれ別の用紙に記入してください。
- ・該当の月の診療分で、受給者から領収している保険適用の金額がある時は、領収した保険適用分の金額を所定の欄へ記入してください。

①受給者欄

用紙の上部。受給者に漏れなく記入してもらってください。

②診療年月

診療した年月を記入。複数の月の内容は、一枚には記入できません。

③入院外来の別

入院の場合は『1.入院』に○印。

④入院した日数

入院日数のみ記入。通院の日数は記入しません。

⑤総合病院の診療科

総合病院は、受診した診療科に○印。総合病院でない場合は記入しません。

⑥公費負担がある場合

精神保健法第32条・結核予防法など、健康保険法の他の法律で公費負担がある医療費が発生していた場合のみ記入。

- ・他法負担点数…他の医療制度で公費がある場合の点数を記入。
- ・該当の制度に丸印。(またはカッコ内に該当制度を記入)

⑦保険診療総点数

- ・月の保険適用分の総点数を記入。

整骨院は、保険適用分のみ10割の金額を記入。(保険の適用にならない費用は対象になりませんので含めないでください。)

⑧請求する保険診療一部負担金

現物給付(受給者から領収しないで診療)した、2割・3割等の保険診療一部負担金を記入。保険の適用にならない費用は対象になりませんので含めないでください。上限は72,300円まで。(72,300円を超えた部分は、受給者から領収する。)

⑨領収した保険診療一部負担金

受給者から領収した、2割・3割等の保険診療一部負担金を記入。
保険の適用にならない費用は対象になりませんので含めないでください。

⑩領収した外来薬剤一部負担金

平成15年4月以降の診療には発生しません。『0円』のままで。

⑪請求する入院時食事療養費標準負担額

現物給付した入院時食事療養費標準負担額(780円・650円・500円×日数)
を記入。

⑫食事療養費の算定日数

入院時食事療養費標準負担額が発生した日数を記入。

⑬県コード

医療機関コードのゴム印に埼玉県県コード『11』まで含まれている場合は、
そのまま押印してください。

7ケタの医療機関コードのみのゴム印を使用している医療機関は、県コードを書き
足さなくても結構です。

⑭医療機関コード

7ケタの医療機関コードを記入してください。ゴム印等でも結構です。

※7ケタの医療機関コード…健康保険組合へ保険適用分の7割・8割等の金額を請求
する時などに使用している番号。

⑮区分

市が使用します。空欄のままにしてください。

医療機関コードの末尾等を入れないようにしてください。

⑯記載年月日、医療機関所在地、名称、電話番号

医療機関の名称等の判を押している場合は、朱印は省略可です。ゴム印等でも結構
です。(項目に不足があれば、手書きで書き足してください。)

名称等がすべて手書きの医療機関は、朱印を押してください。

■乳幼児医療費支給申請書(新様式)の記入

- ・受給者が医療費の補助金を受け取るための書類です。
- ・同じ月に入院と外来があった場合は、それぞれ別の用紙に記入してください。
- ・該当の診療月の内容で、現物給付を行っているものがあつたら、現物給付の金額を所定の欄へ記入してください。

①受給者欄

受給者に記入してもらおう部分。漏れなく記入してもらってください。

②診療年月

診療した年月を記入。複数の月の内容は、一枚には記入できません。

③入院外来の別

入院の場合は『1.入院』に○印。

④入院した日数

入院日数のみ記入。通院の日数は記入しません。

⑤総合病院の診療科

総合病院は、受診した診療科に○印。総合病院でない場合は無記入。

⑥患者氏名

診療を受けた患者本人の氏名を記入してください。

⑦公費負担がある場合

他法負担点数…他の医療制度で公費がある場合の点数を記入。

該当の制度に丸印。(またはカッコ内に該当制度を記入)

⑧保険診療総点数

月の保険適用分の総点数を記入。

整骨院は、保険適用分のみ10割の金額を記入。(保険の適用にならない費用は対象になりませんので含めないでください。)

⑨請求する保険診療一部負担金

現物給付(受給者から領収しないで診療)した、2割・3割等の保険診療一部負担金がある場合に記入。

保険の適用にならない費用は対象になりませんので含めないでください。

上限は72,300円まで。(72,300円を超えた部分は、受給者から領収)

⑩領収した保険診療一部負担金

受給者から領収した、2割・3割等の保険診療一部負担金を記入。

保険の適用にならない費用は対象になりませんので含めないでください。

⑪領収した外来薬剤一部負担金

平成14年1月～平成15年3月の間に6歳児が外来受診した際、外来薬剤一部負担金が発生している分を、後から証明依頼してきた場合に記入。

平成15年4月以降の診療には発生しません。

⑫領収した入院時食事療養費標準負担額

登録前等の理由で現物給付をしなかった入院の場合に、領収した入院時食事療養費標準負担額（780円・650円・500円 × 日数）を記入。

⑬食事療養費の算定日数

入院時食事療養費標準負担額が発生した日数を記入。

⑭県コード

医療機関コードのゴム印に埼玉県県コード『11』まで含まれている場合は、そのまま押印してください。

7ケタの医療機関コードのみのゴム印を使用している医療機関は、県コードを書き足さなくても結構です。

⑮医療機関コード

7ケタの医療機関コードを記入してください。ゴム印等でも結構です。

※7ケタの医療機関コード…健康保険組合へ保険適用分の7割・8割等の金額を請求する時などに使用している番号。

⑯区分

市が使用します。空欄のままにしてください。

医療機関コードの末尾等を入れないようにしてください。

⑰記載年月日、医療機関所在地、名称、電話番号

医療機関の名称等の判を押している場合は、朱印は省略可です。ゴム印等でも結構です。（項目に不足があれば、手書きで書き足してください。）

名称等がすべて手書きの医療機関は、朱印を押してください。

■ひとり親家庭等医療費の対象者

次の内容をすべて満たすひとり親家庭。

- ・上尾市に住所があり、健康保険証に加入している。
- ・受診者の有効期限内の『上尾市 ひとり親家庭等医療費 受給者証』（水色）を提示している。（有効期間内のものに限る。毎年所得制限などの審査があるので、有効期限に注意）
- ・重度心身障害者医療費、乳幼児医療費、または生活保護を受給していない。（小学生未満の子は、乳幼児医療費の対象となる）

※申請者が子が診療する場合、対象は18歳になる年度末で終了する。

■ひとり親家庭等医療費請求書(現物給付)の記入の仕方 —オレンジ色の用紙—

- ・医療機関から市へ、医療費を請求するための書類です。
- ・同じ月に入院と外来があった場合は、それぞれ別の用紙に記入してください。
- ・該当の月の診療分で、受給者から領収している保険適用の金額がある時は、領収した保険適用分の金額も記入してください。
- ・網かけの部分と白い部分がありますが、こちらの処理で便宜的に区別しているだけですので、「医療機関記入欄」には漏れなく記入してください。

①受給者欄

用紙の上部。受給者にもれなく記入してもらってください。

②診療年月

診療した年月を記入。複数の月の内容は、一枚には記入できません。

③入院・外来の日数

入院の場合は入院日数を、外来の場合は外来日数を記入して下さい。

④県コード

埼玉県は県コード『11』になります。

⑤医療機関コード

7ケタの医療機関コードを記入してください。ゴム印等でも結構です。

※7ケタの医療機関コード…健康保険組合へ保険適用分の7割・8割等の金額を請求する時などに使用している番号。

⑥区分

市が使用。空欄のままにしてください。医療機関コードの末尾等を入れないでください。

⑦追加区分、証明区分

市処理欄です。未記入をお願いします。

⑧保険診療総点数

月の保険適用分の総点数を記入。

整骨院は、保険適用分のみ10割の金額を記入。(保険の適用にならない費用は対象になりませんので含めないでください。)

⑨請求する保険診療一部負担金

現物給付（受給者から領収しないで診療）した、2割・3割等の保険診療一部負担金を記入。保険の適用にならない費用は対象になりませんので含めないでください。上限は 72,300 円まで。（72,300 円を超えた部分は、受給者から領収。その金額を⑩の「領収した保険診療一部負担金」に記入）

⑩領収した保険診療一部負担金

受給者から領収した、2割・3割等の保険診療一部負担金を記入。
保険の適用にならない費用は対象になりませんので含めないでください。

⑪領収した外来薬剤一部負担金

平成15年4月以降の診療には発生しません。『0円』のみで。

⑫請求する入院時食事療養費標準負担額

現物給付した入院時食事療養費標準負担額（780円・650円・500円×日数）を記入。

⑬食事日数

入院時食事療養費標準負担額が発生した日数を記入。

⑭日付と患者氏名

証明した日付と、かかった患者の氏名を記入してください。（ひとり親家庭等医療費の場合は、親と子が対象になります。対象者の把握のため、ご協力ください）

⑮公費負担がある場合

精神疾患等、公費負担がある場合には、カッコ内の「あり」を○で囲ってください。

⑯医療機関所在地、名称、電話番号

医療機関の名称等の判を押している場合は、朱印は省略可です。ゴム印等でも結構です。名称等が手書きの医療機関は、朱印を押してください。

■ひとり親家庭等医療費支給申請書(償還払い)の記入 ーピンク色の用紙ー

- ・ 受給者が医療費の補助金を受け取るための書類です。
- ・ 同じ月に入院と外来があった場合は、それぞれ別の用紙に記入してください。
- ・ 平成15年9月以前の診療や、現物給付(72,300円)を超えてかかった診療費の申請に使用。

⇒記入方法は、現物給付用の申請とほぼ同じです。ただし、下記の場合には注意してください。

●診療月が平成13年1月～12月の場合は、償還払い用(ピンク色の用紙)の申請書にある二重線の枠(用紙の一番右下)にある質問事項の該当項目を○で囲んでください。

●診療が72,300円を超えた場合⇒現物給付用の申請書(オレンジ色)と償還払い用の申請書(ピンク色)の二枚を使用。償還払い用には、現物給付金額に0円と印字されているので、点数は診療にかかった総点数(つまり、同じ診療ならば、現物給付で請求している点数と同じ)を記入し、金額は患者から領収した保険診療分を記入してください。

■医療費請求書の送付件数表の記入方法■

- ・請求書に記載する診療年月ごとに一枚作成してください。
- ・請求書の提出がない医療費の送付件数表は作成する必要はありません。
- ・重度心身障害者医療費の請求書の送付件数表はありません。
- ・申請委任（支給申請書）の送付書の記入方法とは、記載の仕方が異なります。

①提出年月日

市へ提出する年月日を記入。

②医療機関所在地、名称、電話番号

医療機関の名称等はゴム印で結構です。不足の項目があれば、手書きで書き足してください。

③処理区分、点数表

市で記入しますので、何も記入しないでください。

④県コード

埼玉県の場合は県コード『11』があらかじめ印刷されています。

⑤医療機関コード

7ケタの医療機関コードを記入してください。ゴム印等でも結構です。

※7ケタの医療機関コード…健康保険組合へ保険適用分の7割・8割等の金額を請求する時に使用している番号。

⑥診療年月

請求書の診療年月を記入。

⑦医療費の請求書の件数

請求書の件数を記入。

現物給付 こども医療費請求書 送付件数表

上尾市 長 様

提出年月日 平成 年 月 日

(医療機関)

所在地

名 称

電 話

処理区分	点数額	県コード	医療機関コード (7桁)
	00	11	

診療年月	4、平成		年		月	診療分
------	------	--	---	--	---	-----

乳幼児医療費の請求書の件数				件
---------------	--	--	--	---

市受付欄

現物給付 ひとり親家庭等医療費請求書 送付件数表

上尾市 長 様

提出年月日 平成 年 月 日

(医療機関)

所在地

名 称

電 話

処理区分	点数表	県コード	医療機関コード (7桁)
	00	11	

診療年月	4, 平成		年		月	診療分
------	-------	--	---	--	---	-----

ひとり親家庭等医療費の請求書の件数				件
-------------------	--	--	--	---

市受付欄

重度心身障害者医療費 窓口払い解消の事務手続きについて

■概要

重度心身障害者医療費については、すでに上尾市国保加入者について実施していた
だいております。今回は、社会保険加入者について拡大するものです。

国保加入者と社保加入者の取り扱いが下記のとおり一部異なります。

1 上尾市国保加入者（受給者証記号がA・B・C・F）

<窓口払い解消の対象となる医療費>

- ・保険診療一部負担金（1割・2割・3割などの本人が負担する分全部）
- ・入院時食事療養費標準負担金

*いままでと同じ取り扱いです。

2 社会保険加入者（受給者証記号がD・E・G・H・K）

<窓口払い解消の対象となる医療費>

- ・保険診療一部負担金 72,300 円まで
- ・入院時食事療養費標準負担金

*保険診療一部負担金が 72,300 円を超えている場合は、超えた部分を受給者か
ら領収する。

(例) 保険診療一部負担金が 100,000 円、

入院時食事療養費標準負担金が 7,800 円の診療があった場合、

→100,000 円－72,300 円＝27,700 円を領収する。

72,300 円と食事分 7,800 円は市へ請求をしていただき、受給者か
らは領収しない。

*領収した保険診療一部負担金 27,700 円は、申請委任の手続きを行う

(・申請書の保険診療総点数の欄には「総点数」、金額の欄は「領収した金額」
を記入。入院時食事療養費標準負担金の欄に「委任払い」と記載してくださ
い)

※保険診療の適用にならないもの、介護保険の負担金は重度心身障害者医療費の
対象とならない。

■対象

- ・上尾市に住所があり、健康保険証（65歳以上の人は老人医療の資格証も）と重度心身障害者医療費受給資格証を提示した人

■事務の流れ

- ①受給者が医療機関等で健康保険証（65歳以上の人は老人医療の資格証も）と重度心身障害者医療費受給資格証を提示して受診。
- ②社会保険等の資格者で、保険診療一部負担金が72,300円を超えている場合は、超えた部分を受給者から領収する。
- ③受給者から領収した保険診療一部負担金がある場合（72,300円を超えている保険診療一部負担金）については、本人に重度心身障害者医療費支給申請書の申請者記入欄に記入してもらい、医療機関で証明欄に領収した金額等を証明する（申請委任）。
- ④受給者から領収しなかった保険診療一部負担金については、重度心身障害者医療費請求書に1ヶ月分の内容を受給者ごとに記入する。
（国保は全部、社保は72,300円まで）
- ⑤申請委任がある場合には乳幼児医療費、ひとり親医療費と一緒に送付書に記入。
- ⑥重度心身障害者医療費請求書と申請委任分を診療月の翌月15日までに市へ送付する。
*送付先 〒362-8501
上尾市本町3-1-1
上尾市児童福祉課または障害福祉課
- ⑦市に届いた翌月末日に指定の口座へ振り込み。期日までに届かなかったものは、次の分と一緒に振込み。
- ⑧事務手数料を半年ごとに振込み。

■重度心身障害者医療費請求書の記入については、別紙＜記入例＞を参照。

< 重度心身障害者医療費受給資格証 >

記号は健康保険証によって下記のように分けています。

■上尾市国保

(記号番号) (健康保険証)

A 1 2 3 4 5 上尾市国保一般

B ○ ○ ○ ○ ○ 上尾市退職国保本人

C × × × × × 上尾市退職国保扶養

F △ △ △ △ △ 上尾市国保老人

■社保

D 1 2 3 4 5 社会保険一般 (政府管掌・組合)

E ○ ○ ○ ○ ○ 社会保険扶養 (政府管掌・組合)

G × × × × × 社会保険老人

H △ △ △ △ △ 他国保 (土建・建設・医師会・他市国保 等)

K ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ 他国保老人 (土建・建設・医師会・他市国保 等)

< 見本 >

		重度心身障害者 医療費受給資格証			
受給資格証 記号番号		A ○ ○ ○ ○ ○			
受給資格者	住所	上尾市			
	氏名				
	生年月日	年	月	日	性別
加入保険					
有効期間		年	月	日	から 年 月 日まで
年 月 日 交付 上 尾 市 長 					

現

処理区分	①
	2
	3

確認	受付	審査	

こども医療費請求書（現物給付）

平成 年 月 日

上尾市長 様

この枠内は受給者がご記入ください。▶

《注意》

・保険証が変更している時は、こども医療費の保険変更届を済ませないと手続きができません。

社会保険…資格証「A○○○○○」

上尾市国保…資格証「B○○○○○」

上尾市以外の国保…資格証「C○○○○○」

保健組合名称・記入例 ▶▶▶

社会保険事務所・**健保**・共済・国保・国組

あっぱー

埼玉

支部

電話 048 (775) ○○××

※社会保険事務所＝（ ）内の名称を記入 協会けんぽ＝全国健康保険協会 健保＝健康保険組合 共済＝共済組合 国保＝国民健康保険 国組＝国民健康保険組合

対象乳幼児	資格証 記号番号										
	フリガナ										
	氏名										
	生年月日	4. 平成		年		月		日			
	診療年月	平成		年	月	診療分					
	保険証の記号番号	記号					番号				
	保険者番号 (右寄せに記入)										
保険組合名称	※社会保険事務所・協会けんぽ・健保・共済・国保・国組										
保険組合の電話番号	電話	()									支部

▼この枠内は、医療機関が月ごと入院外来別に1枚ご記入ください。※保険外のは記入対象ではありません。

医療機関記入欄	《請求内容》		総合病院の診療科：小児・小児外・外・皮・眼・他()									
	診療年月	4. 平成		年		月分	公費負担がある場合…他法負担点数 点					
	入院外来の別	0. 外来	1. 入院									
	入院した日数		日									
	保険診療総点数		点 (円)	← 整骨院の場合は、保険適用総額(10割)の金額を記入。								
	請求する保険診療一部負担 (現物給付分 80,100 円まで)		円	← 2割・3割等の保険診療一部負担金のうち、 <u>窓口払いがなかった金額</u> を記入。 入院時食事療養費標準負担額は含まない。								
	領収した保険診療一部負担金		円	← 2割・3割等の保険診療一部負担金のうち、 <u>受給者から領収した金額</u> がある場合に記入。入院時食事療養費は含まない。								
	領収した外来薬剤一部負担金		0 円	← 何も記入しない。								
	請求する入院時食事療養費標準負担額		円									
	入院時の食事回数(ただし、平成18年3月までは食事日数)		食									
県コード	医療機関コード(7ケタ)				区分	処	名称					
							電話 ()					

平成 年 月 日

(医療機関)
所在地

—市処理欄—

証明 3	エー	高額療養費				附加給付金				附加コード			
課税	多数	食税	診療科	過払									

《現物給付用》（保険診療の本人負担分を医療機関から市へ請求）

乳

処理区分

①
②
③
④

小学校入学前まで

確認

交付

審査

こども医療費(乳幼児)支給申請書(償還払)

上尾市長 様

▼この枠内は受給者がひとつの医療機関の1ヶ月分ごとに1枚ご記入ください。

※前診と薬局は別の医療機関です。入院と外来はそれぞれ一枚ずつ必要です。

健康保険証・窓口口座などの登録内容が変わった時はお早めに届出してください。

平成 年 月 日

受給者(保護者)	住所	資格証の記号番号					
	電話	()	フリガナ氏名				
	氏名		生年月日	4. 平成	年	月	日
			診療年月	平成	年	月	診療分
加入医療保険	保険証の記号番号	区 号	市 号	保険者番号(右寄せに記入)			
	フリガナ	保険組合名称			※ 社会保険事務所・協会けんぽ・健保・共済・国保・国組		
	被保険者、世帯主等	保険組合電話番号			()		
		※ 社会保険事務所＝()内の名称を記入 協会けんぽ＝全国健康保険協会 健保＝健康保険組合 共済＝共済組合 国保＝国民健康保険 国組＝国民健康保険組合					
備考欄	①今回、この用紙1枚で申請する保険診療費は21,000円以上ですか？ ⇒ はい②へ進む いいえ①記入終了 ②この申請分と同月に受診して、1ヶ所の病院に保険診療費を81,000円以上支払った家族はいませんか？ ⇒ はい③④を記入 いいえ①記入終了 ③受診した家族の氏名 ④家族が受診した病院名						

▼この枠内は医療機関が月ごと入院外来別に1枚ご記入ください。(受給者は記入できません。)

※保険外のものは記入の対象ではありません。未清算の診療費が残っている月は、精算後にご記入ください。

領収書(医療証明書)

総合病院の診療科:小児・小児外・外・皮・眼・他()

診療年月	4. 平成	年	月分	患者氏名	様
入院外来の別	0. 外来	1. 入院		公費負担がある場合…他法負担点数	点
入院した日数	日				
保険診療総点数				点 (円)	※ 診療所の場合は、保険適用総額(10割)の金額を記入。
現物給付した保険診療一部負担金(※)				円	※ 2割・3割等の保険診療一部負担金のうち、現物給付済分がある場合に記入。上尾市内の契約医療機関のみ。※ 50100円。
領収した保険診療一部負担金				円	※ 2割・3割等の保険診療一部負担金のうち、窓口で領収した金額を記入。入院時食事療養費標準負担額は含まない。
領収した外来薬剤一部負担金				円	※ 1割の負担額と10円～150円以下の外注薬剤一部負担金がある場合に記入。8歳児外来の平成14年1月～平成18年3月診療のみ。
領収した入院時食事療養費標準負担額				円	
入院時の食事回数(ただし、平成19年3月までは食事日数)			食		
県コード	医療機関コード(7ケタ)	区分	知	所在地	
				名称	
				電話	()

一市処理欄一

証明	22-	高額療養費		附加給付金		附加コード	
課税	多岐	食税	診療科	返払			

現

処理区分 ①

ひとり親家庭等医療費請求書(現物給付)

平成 年 月 日

上尾市長 様

▼この枠内は受給者をご記入ください。

患 者	受給資格証の 記号番号												
	フリガナ												
	氏 名												
	生年月日	3	昭	4	平			年			月		
	診療年月	平成 年 月 診療分											
	保険証の 記号番号	記 号 番 号											
	保険者番号 (右寄せに記入)												
	保険組合 の名称 ※	※協会けんぽ・社会保険事務所・健保・共済組合・国保・国組 (○で囲む) 支部											
	市処理欄 ※記入不可	個人番号											

《注意》

・保険証が変わったときは、ひとり親医療費の変更届を済ませた場合のみ手続きできます。

社 会 保 険…資格証「A○○○○○」

上 尾 市 国 保…資格証「B○○○○○」

退 職 者 国 保…資格証「C○○○○○」

上尾市以外国保…資格証「D○○○○○」

◀◀◀ 保健組合名称記入例

協会けんぽ・社会保険事務所・健保・共済組合・国保・国組

あっぱー

埼玉

支部

電話 048 (775) ○○××

※社会保険事務所…() 内の名称を記入 健保=健康保険組合

協会けんぽ=全国健康保険協会 共済=共済組合

国保=国民健康保険 国組=国民健康保険組合

▼この枠内は医療機関が月ごと入院・外来別に1枚ご記入ください。※総合病院は各診療科を合算してご記入ください

医 療 機 関 記 入 欄	《請求内容》 ※保険外のは記入の対象にはなりません										平成 年 月 日
	診療年月	4	平	成			年			月	分
	入院外来日数	入院					外来				
	県No	/	医療機関コード(7ケタ)						区分		
	市処理欄	追加区分					証明区分	3			
	保険診療総点数									点	
	請求する保険診療 一部負担金									円	
	領収した保険診療 一部負担金									円	
	領収した外来薬剤一部負担金								0	円	
	請求する入院時食事・生活療養 標準負担額(合計)									円	
食事回数(ただし平成18年3月まで は食事日数)						食	居住日数			日	

(患者氏名) 様

※精32等 他の公費負担(あり・なし)

(医療機関) ※手書きのときは朱印を押印してください。

所在地

名称

電話番号 ()

←総合病院の場合は保険適用総額(10割)の金額を記入。

←2割・3割等の保険診療一部負担金のうち、窓口払いが無かった金額を記入。
入院時食事療養費標準負担額は含まない。上尾市国保以外の方は80,100まで。←2割・3割等の保険診療一部負担金のうち、受給者から領収した金額がある場合に
記入。入院時食事療養費は含まない。

—市処理欄—

税	多	高額療養費	附加給付金	附加コード	食	日数	繰
薬剤一部負担金		過払					
0							

《現物給付用》

(保険診療の本人負担分を、医療機関から市へ請求)

第4号様式の3 (第5条関係)

控 重度心身障害者医療費請求書

平成 年 月 日

上尾市長 様

住 所

医療機関

氏 名

電話番号

上尾市重度心身障害者医療費支給条例第8条第2項の規定に基づき、次のとおり請求します。

コード	医療機関コード (7ケタ)
1.1	

※1 請求金額 円

件 数 件

受給者証 記号番号	受 給 者 名	診療年月 年 月	入 外 院 来	日 数	総点数 ※2	他法負 担点数	一 部 負 担 金 等 の 額	食事療養費標準 負担額 (算定日数)
1			入・外					(× 日)
2			入・外					(× 日)
3			入・外					(× 日)
4			入・外					(× 日)
5			入・外					(× 日)
6			入・外					(× 日)
7			入・外					(× 日)
8			入・外					(× 日)
9			入・外					(× 日)
10			入・外					(× 日)

※1… 請求書が2枚以上になるときは、合計した請求金額と件数を1枚目に記入してください。

※2… 整形外科・鍼灸院等の場合は、保険適用の総額（医療費の10割）を記入してください。

償

送付書（申請委任）

上尾市長 様

提出年月日 平成 年 月 日

(医療機関)

所在地

東

名 称

電 話

県コード	医療機関コード（7桁）
11	-

こども医療費

1. ~~乳幼児医療費~~支給申請書

(白地)

		件
--	--	---

2. ひとり親家庭等医療費支給申請書

(ピンク地)

		件
--	--	---

3. 重度心身障害者医療費支給申請書

(黄地)

		件
--	--	---

(老) 重度心身障害者医療費支給申請書

(青地)

		件
--	--	---

市受付欄

※上尾市の福祉医療受給者から、医療費支給申請書（償還）の送付依頼があったとき、市へ申請書を送付する際に添付してください。

※現物給付請求書にはこの用紙を添付する必要はありません。