

# 県単医療費助成金請求内訳書

(被用者保険加入者用)

市町村名

(受給者が記入して下さい。)

制度種別	60 (県老)	61 (県障)	63 (乳児)	64 (県親)	65 ( <input checked="" type="radio"/> 息子)	90 (単子)						
市町村番号	15	0	0	1	0	受給者番号	1	1	1	1	1	1
(ふりがな)受診者氏名	( 2 )				性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	生年月日	昭 <input checked="" type="radio"/> 平 15年 5月 5日				

- \* 該当する制度種別、性別に○をつけ、受給者証に記載された市町村番号、受給者番号、受診者氏名、生年月日を記入してください。
- \* 月の初回受診日に、必ずこの用紙を医療機関の窓口に提出するとともに、受給者証を提示してください。
- \* 同一月中に外来と入院があった場合には、外来分と入院分の2枚が必要です。また、保険薬局での調剤にも本様式が別途必要となります。

(医療機関で記入して下さい。)

給付割合 ※1	一般 <input checked="" type="radio"/> 割	保険者番号							自己負担適用区分に○ ※2			
	六歳 (8割)	0	1	1	5	0	0	1	0	区分I		
	高一 (8割)								区分II			
	高七 (7割)								A		B	
診療年月	22年12月		医療機関の所在地及び名称 東京都文京区本駒込9-99-9 医療法人 オルカ医院 00-1234-5678					医療機関コード 1234567				
	総点数	県単医療に係る一部負担金					入院時食事療養費に係る標準負担額 ※5 (県単医療分のみ記入すること)					
入院	点	(保険 円※3) 1,200円× 日= 500円× 日=					210円× 回= 160円× 回= 100円× 回= 円× 回=					
外来	270点	(保険 円※4) 560円					計 円					
備考	長期疾病該当の場合、いずれかに○ 長 ・ 長2					他法別番号等		公費負担内訳 ※6				
									公費分点数		点	
									患者負担額		円	

- \* 1 高齢受給者は、給付割合の「高一 (8割)」・「高七 (7割)」いずれかに○を、義務教育就学前は給付割合の「六歳 (8割)」に、これら以外の者は「一般 (7割)」に○をつけてください。
- \* 2 入院の際、又は「在宅末期医療総合診療料」若しくは「在宅時医学総合管理料」が算定されている場合は、限度額適用 (・標準負担額減額) 認定証の適用区分と同じ区分に○をつけてください。
- \* 3 入院の (保険 円) には、入院時の医療保険に係る患者負担金を記載してください。ただし、高齢受給者以外は、限度額適用 (・標準負担額減額) 認定証が提示された場合で、かつ、高額療養費が現物給付された場合のみ記載してください。
- \* 4 外来の (保険 円) には、「在宅末期医療総合診療料」又は「在宅時医学総合管理料」算定時のみ、当該診療料又は管理料適用後の患者負担金を記載してください。
- \* 5 入院時食事療養費に係る標準負担額は、県障、県親、乳児で標準負担額減額認定証の交付を受けている方が対象となります。
- \* 6 他法別と併用の場合、「他法別番号等」欄に番号 (設定がない場合は制度名) を記載の上、公費分点数、公費患者負担額を記入してください。