

10月診療分(11月提出分)より、医療費助成事業総括表
(様式第1号)が一部変更されます。

○様式が次のように変更されます

重度精神障害者医療費(事業コード0)の記入欄が新たに追加されます。

武生市、今立町(市町村コード03及び62)の記入欄がそれぞれ削除されます。

○以下の点にご留意ください

平成18年10月診療分より、重度精神障害者医療費助成事業(事業番号0)が新たに創設されます。この事業の対象となる医療費の申請件数及び一部負担金につきましては、旧様式における「重度心身障害者(児)医療費」の記入欄に件数等を合算して記載しても差し支えありません。

また、市町村合併より1年が経過した市町村(武生市、今立町)につきましては、月遅れ請求を受け付けることができなくなります。これに伴い、新様式では当該市町の記入欄が削除されますのでご注意ください。

(従来)

市町村コード	市町村名称	重度心身障害者(児)医療費 事業コード 1 及び 2
件数	一部負担金	
01	福井市	
02	敦賀市	
03	武生市	
04	小浜市	
05	大野市	
06	勝山市	
07	鯖江市	
08	あわら市	
09	越前市	
10	坂井市	
51	美山町	
52	松岡町	
53	永平寺町	
54	上志比村	
55	和泉村	
56	三国町	
59	丸岡町	
60	春江町	
61	坂井町	
62	今立町	
63	池田町	
70	越廼村	
72	清水町	
74	美浜町	
76	名田庄村	
77	高浜町	
78	大飯町	
79	南越前町	
80	越前町	
81	若狭町	
82	永平寺町	
83	おおい町	
	合計	

(変更後)

市町村コード	市町村名称	重度心身・精神障害者医療費 事業コード 0 ~ 2
件数	一部負担金	
01	福井市	
02	敦賀市	
04	小浜市	
05	大野市	
06	勝山市	
07	鯖江市	
08	あわら市	
09	越前市	
10	坂井市	
51	美山町	
52	松岡町	
53	永平寺町	
54	上志比村	
55	和泉村	
56	三国町	
59	丸岡町	
60	春江町	
61	坂井町	
63	池田町	
70	越廼村	
72	清水町	
74	美浜町	
76	名田庄村	
77	高浜町	
78	大飯町	
79	南越前町	
80	越前町	
81	若狭町	
82	永平寺町	
83	おおい町	
	合計	

「重度心身障害者(児)医療費」
の記入欄が変更されます。
(事業コード0~2)

「武生市」と「今立町」が削除
されます。
(市町村コード03、62)

医 療 費 助 成 事 業 総 括 表

保険医療機関コード：		平成				年		月		診療分		保険医療機関の 所在地及び名称	
市町村 コード	市町村名称	重度心身・精神障害者医療費		乳 幼 児 医 療 費		母子家庭等医療費（母子）		母子家庭等医療費（寡婦）		父 子 家 庭 等 医 療 費		計	
		事業コード 0 ～ 2		事業コード 3		事業コード 4 ・ 5		事業コード 6 ・ 7		事業コード 8 ・ 9			
		件 数	一 部 負 担 金	件 数	一 部 負 担 金	件 数	一 部 負 担 金	件 数	一 部 負 担 金	件 数	一 部 負 担 金	件 数	一 部 負 担 金
01	福 井 市												
02	敦 賀 市												
04	小 浜 市												
05	大 野 市												
06	勝 山 市												
07	鯖 江 市												
08	あ わ ら 市												
09	越 前 市												
10	坂 井 市												
51	美 山 町												
52	松 岡 町												
53	永 平 寺 町												
54	上 志 比 村												
55	和 泉 村												
56	三 国 町												
59	丸 岡 町												
60	春 江 町												
61	坂 井 町												
63	池 田 町												
70	越 迺 村												
72	清 水 町												
74	美 浜 町												
76	名 田 庄 村												
77	高 浜 町												
78	大 飯 町												
79	南 越 前 町												
80	越 前 町												
81	若 狭 町												
82	永 平 寺 町												
83	お お い 町												
	合 計												

1：一部負担金については、できるだけ記入してください。なお、その額は医療費助成事業対象者が窓口で支払った医療保険給付対象の一部負担金のすべての額（食事療養費標準負担額・公費対象患者負担額・公費負担分食事療養費標準負担額を含む）としてください。
2：部については旧市町村です。月遅れ等により旧市町村分としての申請が発生した場合のみ記入してください。

10月診療分(11月提出分)より、医療費助成事業対象者
一覧表(様式第2号)が一部変更されます。

○様式が次のように変更されます

入院時食事療養費の「日数」の記入欄が「回数」に変更されます。

入院時食事療養費の「食事療養費金額」及び「食事療養費標準負担額」の記入欄が、「食事(生活)療養費金額」及び「食事(生活)療養費標準負担額」にそれぞれ変更されます。

○以下の点にご留意ください

入院時生活療養費の対象となる受給者については、その金額及び負担額を「食事(生活)療養費金額」及び「食事(生活)療養費標準負担額」の記入欄にそれぞれ記入してください。

また、算定回数については「日数」ではなく「回数」を記載してください。

なお、この様式については、従前の様式を取り繕って使用することがでいます。

(変更後)

下段は食事療養費(生活療養費)の回数を記入

C 診療 #	月	受給資格者番号							加入医療保険欄		本 家 区 分	診 療 科	長 期 区 分	給 付 割 合	日 数 回 数	点 数		一 部 負 担 金	公 費 負 担 医 療 費 又 は 老 人 保 健 (第 2 公 費 は 下 段 を 使 用)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		対 象 者 氏 名							保 険 者 番 号	法 別 番 号						日 数	公 費 対 象 点 数		公費対象患者負担額	食事 回数	食事(生活)療養費金額	食 事 (生 活) 療 養 費 標 準 負 担 額																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
									被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									</

保険医療機関の窓口で徴収した、
医療保険給付対象の一部負担金すべての額を記入
(食事療養費・生活療養費の標準負担額及び公費対象患者負担額を含む)

食事療養費(生活療養費)標準負担額を記入

食事療養費(生活療養費)の金額を記入

食事療養費(生活療養費)対象の回数を記入

公費負担医療該当の場合に食事療養費(生活療養費)を記入
(但し、老人保健該当の場合は法別番号の欄に「27」のみ記入)

市 町 村 名 称	市 町 村 コ ー ド

医 療 費 助 成 事 業 対 象 者 一 覧 表

平成 年 月 診療分

保険医療機関コード：

保険医療機関の
所在地及び名称

下段は食事療養費（生活療養費）の回数を記入。

C 診療 #	月	受 給 資 格 者 番 号								加 入 医 療 保 険 欄		本 家 区 分	診 療 科	長 期 区 分	給 付 割 合	日 数 回 数	点 数		一 部 負 担 金	公 費 負 担 医 療 費 又 は 老 人 保 健 （ 第 2 公 費 は 下 段 を 使 用 ）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
		対 象 者 氏 名								保 険 者 番 号							食 事 (生 活) 療 養 費 金 額	食 事 (生 活) 療 養 費 標 準 負 担 額	法 別 番 号	日 数	公 費 対 象 点 数		公 費 対 象 患 者 負 担 額	食 事 回 数	食 事 (生 活) 療 養 費 金 額	食 事 (生 活) 療 養 費 標 準 負 担 額																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
										被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															

レセプト本人家族区分の種別コード（0～9）

長期区分：特定疾病療養費該当の場合、1を記入し、非該当の場合は無記入。
継続療養費もある場合は続けて次の欄を使用。
一部負担金：医療費助成事業対象者が窓口で支払った医療保険給付対象の一部負担金のすべての額。
（食事療養費・生活療養費の標準負担額、公費対象患者負担額、公費負担分食事療養費・生活療養費の患者負担額を含む。）
柔整、鍼灸は点数欄に金額を記入してください。

C #	件 数	一 部 負 担 金	公 費 対 象 患 者 負 担 額	食 事 （ 生 活 ） 療 養 費 標 準 負 担 額	公 費 負 担 分 食 事 (生 活) 療 養 費 標 準 負 担 額
2	ページ計				

平成 年 月分 診療報酬請求書（医科）

№1

保険者
（別記）殿
下記の通り請求する。

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

印

平成 年 月 日

保険者番号				県番号	医療機関コード			
				18				

国民健康保険「請求欄」

区分				割合	コード	療養の給付				食事・生活療養			
						件数	診療実日数	点数	結核・精神 任意給付点数	一部負担金	件数	回数	金額
⑤ 一般被保険者	入院	70歳以上	9割	257						円			円
			7割	257									
		一般	割	251									
			7割	251									
		3未満	8割	253									
	入院外	70歳以上	9割	258									
			7割	258									
		一般	割	252									
			7割	252									
		3未満	8割	254									

⑤国保の空白欄はそれぞれの給付割合を記入してください。

⑤国保一般被保険者には国保と公費の併用分を入院・入院外別に含め集計して下さい。

任意給付のある保険者で、⑤の公費分については、患者が負担する分を点数で任意給付欄に記入して下さい。

公費負担医療「請求欄」[再掲]

名称	番号	療養の給付				食事・生活療養			
		件数	診療実日数	点数	患者負担額	件数	回数	金額	標準負担額 （公費分）
結核予防法34条									

「決定欄」以下の欄は記入しないでください

区分	割合	コード	件数	診療実日数 （日数）	点数 （金額）	結核・精神 任意給付点数	一部負担金	増	減	返戻				総計誤	一部負担 額・標準 負担額減
							標準負担額			件数	日数	点数	負担金		
⑤ 一般被保険者	入院	70歳以上 9割	917				円						円		円
		食事・生活療養													
		7割	917												
		食事・生活療養													
		一般	割	911											
		食事・生活療養													
		7割	911												
		食事・生活療養													
	入院外	3歳未満 8割	913												
		食事・生活療養													
		70歳以上 9割	918												
		7割	918												
		一般	割	912											
		7割	912												

公費負担医療						件	日	額	額
--------	--	--	--	--	--	---	---	---	---

平成 年 月分 診療報酬請求書 (医科)

№2

平成 年 月 日

保険者番号					県番号	医療機関コード				
●	●	●	●	●	1	8	●	●	●	●

国民健康保険 「請求欄」

区分			割合	コード	療養の給付				食事・生活療養			
					件数	診療実日数	点数	結核・精神 任意給付点数	一部負担金	件数	回数	金額 円
⑦退職者	入院	本人	7割	671					円			円
		70歳以上	9割	677								
			7割	677								
		扶養	7割	675								
		3未満	8割	673								
	入院外	本人	7割	672								
		70歳以上	9割	678								
			7割	678								
		扶養	7割	676								
		3未満	8割	674								

⑦退職者には退職者と公費の併用分を入院・入院外別に含め集計して下さい。
任意給付のある保険者で、⑦の公費分については、患者が負担する分を点数で任意給付欄に記入して下さい。

老人保健 「請求欄」

⑦老人保健	入院	9割	271					円				円
		7割	271									
	入院外	9割	272									
		7割	272									

「決定欄」 以下の欄は記入しないでください

区分			割合	コード	件数	診療実日数 (日数)	点数 (金額)	結核・精神 任意給付点数	一部負担金	増	減	返戻				総計誤	一部負担 額・標準 負担額減
									標準負担額			件数	日数	点数	負担金 円		
⑦退職者	入院	本人	7割	951													円
			食事・生活療養														
		70歳以上	9割	957													
			食事・生活療養														
			7割	957													
			食事・生活療養														
		扶養	7割	955													
			食事・生活療養														
	入院外	3歳未満	8割	953													
			食事・生活療養														
		本人	7割	952													
			9割	958													

⑦老人保健	入院	9割	941						円							円	円
		食事・生活療養															
		7割	941														
		食事・生活療養															
	入院外	9割	942														
		7割	942														

高額療養費	一般被保険者	件数	件	金額	円	退職者	件数	件	金額	円
-------	--------	----	---	----	---	-----	----	---	----	---