

医療費助成事業対象者一覧表

診療年月（取扱年月）を記入

医療機関コード及び
保険医療機関の名称等を記入

市町村名称	市町村 コード
福 井 市	01

平成 20 年 4 月 診療分

医療機関コード： 01-10001

〒910-XXXX
福井県福井市〇〇1丁目1番地
所在地及び名称： 福井県〇〇病院

市町村名及びコードを記入

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 食 事 回 数	点 数		一部負担金				
		対象者氏名・生年月日		保険者番号 被保険者証 記号・番号							食事(生活)療養費金額		食事(生活)療養費負担額				
第1公費														第2公費			
		法別 番号	日 数	公費対象点数		公費対象患者負担額				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)療養費負担額				食事 回数		食事(生活)療養費金額		食事(生活)療養費負担額			
1	4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	3	1,600	1,600	一部負担金を記入			
		福 井 一 郎		39182019		01234567		8 01		9	総請求点数を記入		診療実日数（調剤は回数）を記入				
1		明	2大	3昭	4平	年	月	日生	加入保険の給付割合を記入		特定疾病療養費に該当する場合のみ 「1」を記入		診療科コードを記入（総合病院のみ）				
1		1明	2大	3昭	4平	年	月	日生	レセプトの「本人・家族」区分を記入		加入保険の保険者番号、証記号番号を記入		公費負担医療の法別番号等を記入 （該当しない場合は記入しない）				
		対象者氏名・生年月日を記入		受給資格者番号（対象者番号）の下9桁を記入													
1		診療月を記入															
1		明	2大	3昭	4平	年	月	日生									

- 各ページは市町村毎に記入し、事業コードの昇順にしたがって上から記入してください。
- 月遅れ分を含める際は、各受給者の「診療月」欄に該当する診療月を記入してください。

ページ毎の集計を記入

・各ページは市町村毎に記入し、事業コードの昇順にしたがって上から記入してください。
・月遅れ分を含める際は、各受給者の「診療月」欄に該当する診療月を記入してください。

ページ毎の集計を記入

C #	件 数	一 部 負 担 金	公 費 対 象 患 者 負 担 額	食 事 療 養 費 標 準 負 担 額	公 費 負 担 分 食 事 療 養 費 標 準 負 担 額
2	ページ計	1	1,600		

市町村名称	市町村コード	平成 20 年 4 月 診療分	医療機関コード： 01-10001 〒910-XXXX 福井県福井市〇〇1丁目1番地 所在地及び名称： 福井県〇〇病院
福 井 市	01		

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 食事回数	点 数	一部負担金								
		対象者氏名・生年月日		保険者番号	被保険者証 記号・番号															
1	4			第1公費																
		法別番号	日数	公費対象点数	公費対象患者負担額	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)療養費負担額	食事回数		食事(生活)療養費金額	食事(生活)療養費負担額											
		2	3	4	5	6	7	8	9	0	180018		3	1,600	1,600					
		1明 2大 3昭 4平 10 年 1月 1日生										8	01	8						
		福 井 二 郎										井福012 - 345 - 67								
1																				
		法別番号	日数	公費対象点数	公費対象患者負担額	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)療養費負担額	食事回数		食事(生活)療養費金額	食事(生活)療養費負担額											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9										
		1明 2大 3昭 4平 年 月 日生																		
1																				
		法別番号	日数	公費対象点数	公費対象患者負担額	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)療養費負担額	食事回数		食事(生活)療養費金額	食事(生活)療養費負担額											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9										
		1明 2大 3昭 4平 年 月 日生																		
1																				
		法別番号	日数	公費対象点数	公費対象患者負担額	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)療養費負担額	食事回数		食事(生活)療養費金額	食事(生活)療養費負担額											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9										
		1明 2大 3昭 4平 年 月 日生																		

この記入例は以下の受給者によるものです。

- ・ 受給者氏名 福井二郎
- ・ 生年月日 昭和10年1月1日
- ・ 受給者番号 01234567890
- ・ 保険者番号 180018（福井市国保）
- ・ 保険証記号番号 井福012-345-67
- ・ 給付割合 8割（但し、負担金は1割相当額）
- ・ 診療科 内科（総合病院）
- ・ 診療実日数 3日
- ・ 請求点数 1,600点（公費負担医療非該当）
- ・ 一部負担金 1,600円

前期高齢者の受給者の場合の記入例

ページ毎の集計を記入

C #	件 数	一 部 負 担 金	公 費 対 象 患 者 負 担 額	食 事 療 養 費 標 準 負 担 額	公 費 負 担 分 食 事 療 養 費 標 準 負 担 額
2	ページ計	1	1,600		

医療費助成事業対象者一覧表

診療年月（取扱年月）を記入

医療機関コード及び
保険医療機関の名称等を記入

市町村名称	市町村 コード
福 井 市	01

平成 20 年 4 月 診療分

医療機関コード： 01-10001
〒910-XXXX
福井県福井市〇〇1丁目1番地
所在地及び名称： 福井県〇〇病院

市町村名及びコードを記入

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 食 事 回 数	点 数	一部負担金	
対象者氏名・生年月日			保険者番号	被保険者証 記号・番号			食事(生活)療養費金額				食事(生活)療養費負担額
			第1公費				第2公費				
			法別 番号	日 数	公費対象点数	公費対象患者負担額	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)療養費負担額	食事 回数		食事(生活)療養費金額	食事(生活)療養費負担額	
1	4	1明 2大 3昭 4平 10 年 1月 1日生	39182019	8	01	9	3		1,600	1,600	
福 井 一 郎			01234567								
1		1明 2大 3昭 4平 年 月 日生									
1		1明 2大 3昭 4平 年 月 日生									
1		1明 2大 3昭 4平 年 月 日生									

この記入例は以下の受給者によるものです。

- ・ 受給者氏名 福井一郎
- ・ 生年月日 大正10年1月1日
- ・ 受給者番号 01123456789
- ・ 保険者番号 39182019（後期高齢者医療）
- ・ 保険証記号番号 01234567
- ・ 給付割合 9割
- ・ 診療科 内科（総合病院）
- ・ 診療実日数 3日
- ・ 請求点数 1,600点（公費負担医療非該当）
- ・ 一部負担金 1,600円

後期高齢者医療制度
の受給者の記入例

ページ毎の集計を記入

C #	件 数	一 部 負 担 金	公 費 対 象 患 者 負 担 額	食 事 療 養 費 標 準 負 担 額	公 費 負 担 分 食 事 療 養 費 標 準 負 担 額
2	ページ計	1	1,600		

医療費助成事業対象者一覧表

市町村名称	市町村コード	平成 20 年 4 月 診療分	医療機関コード： 02-10001
敦 賀 市	02		保険医療機関の 所在地及び名称： 福井県敦賀市〇〇1丁目1番地 敦賀〇〇クリニック

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 食 事 回 数	点 数		一 部 負 担 金							
		対象者氏名・生年月日		保険者番号							食事(生活)療養費金額		食事(生活)療養費負担額							
第1公費														第2公費						
法別 番号														日 数	公費対象点数	公費対象患者負担額	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 回数	食事(生活)療養費金額	食事(生活)療養費負担額	食事 回数	食事 回数	食事(生活)療養費金額	食事(生活)療養費負担額
1	5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1 8 0 0 2 6		2	7	3	1,600	4,800			
		1明 2大 3昭 4平 年 月 日生																		
		敦 賀 次 郎										井敦123 - 456								
公費負担医療の法別番号等を記入 (該当しない場合は記入しない)																				
1		1	2	3	4	5	6	7	8	9										
		1明 2大 3昭 4平 年 月 日生																		
1		1	2	3	4	5	6	7	8	9										
		1明 2大 3昭 4平 年 月 日生																		
1		1	2	3	4	5	6	7	8	9										
		1明 2大 3昭 4平 年 月 日生																		

この記入例は以下の受給者によるものです。

- ・ 受給者氏名 敦賀次郎
- ・ 生年月日 昭和20年1月1日
- ・ 受給者番号 02123456789
- ・ 保険者番号 180026 (敦賀市国保)
- ・ 保険証記号番号 井敦123-456
- ・ 給付割合 7割
- ・ 診療科 なし (総合病院以外)
- ・ 診療実日数 3日
- ・ 請求点数 1,600点 (公費負担医療非該当)
- ・ 一部負担金 4,800円

国保または社保単独
の受給者の記入例

C #	件 数	一 部 負 担 金	公 費 対 象 患 者 負 担 額	食 事 療 養 費 標 準 負 担 額	公 費 負 担 分 食 事 療 養 費 標 準 負 担 額
2	ページ計	1	4,800		

市町村名称

市町村コード

越前市

09

平成 20 年 4 月 診療分

医療機関コード： 03-10001

保険医療機関の所在地及び名称： 越前市 〇〇1丁目1番地 〇〇診療所

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 食 事 回 数	点 数		一 部 負 担 金				
		対象者氏名・生年月日		被保険者証 記号・番号							食事(生活)療養費金額		食事(生活)療養費負担額				
										第1公費		第2公費					
										法別 番号	日 数	公費対象点数	公費対象患者負担額	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)療養費負担額	食事 回数		食事(生活)療養費金額	食事(生活)療養費負担額
1	5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	3 5 0 1		6		3	1,600	1,000
		1明 2大 3昭 4平 30 年 1月 1日生															
		越 前 三 郎										福ふいま123					
										21	3	1,600	1,000				
1		1明 2大 3昭 4平 年 月 日生															
										公費負担医療の法別番号等を記入							
1		1明 2大 3昭 4平 年 月 日生															
1		1明 2大 3昭 4平 年 月 日生															
この記入例は以下の受給者によるものです。 ・ 受給者氏名 越前三郎 ・ 生年月日 昭和30年1月1日 ・ 受給者番号 09123456789 ・ 保険者番号 3501 (政管健保) ・ 保険証記号番号 福ふいま123 ・ 給付割合 7割 ・ 診療科 なし (総合病院以外) ・ 診療実日数 3日 ・ 請求点数 1,600点 ・ 公費対象点数 1,600点 (通院医療) ・ 公費患者負担額 1,000円 ・ 一部負担金 1,000円 国保または社保で 公費負担医療併用の の受給者の記入例																	
ページ毎の集計を記入																	
2	ページ計	1	1,000		1,000												