

# 福祉医療費領収証明書 一覧表

心身障害者医療費:1  
一人親家庭医療費:2  
乳幼児医療費:3  
老人医療費(68・69歳):4  
その他(妊産婦):5

性別  
男性:1  
女性:2

年号コード  
昭和:3  
平成:4

医療保険負担割合  
2割:2  
3割:3

入院時のみ1と記入  
外来時は空白

公費負担医療制度の法別番号「公費負担法制コード表」を記入してください。

入院時食事療養費については食事療養費標準負担額の支払がある場合に記入してください。

公費による給付となるものを記入してください。

処方せんを発行した場合は1と記入してください。

後期高齢者  
(第三者行為分は健康該当分を除く。)

市町村コード	助成種別	受給資格証番号	氏名	性別	生年月日	診療年月	一部負担割合	継続診療科コード	入院日数	保険請求点数(額)	公費・長区分	公費請求点数(額)	公費・長一部負担額	外来時薬剤一部負担金		入院時食事療養費			処方せん発行区分	備考	NO.	
														一部負担金	標準負担分	公費請求分	公費標準負担分					
001					例1																	
001	1	8012345			32505251701	2			131	4500051		45000	6900							1		
001	2	2331234			4101010101701	3				500												
001	3	3061234																				
001	4	1121111																				
001	5	5021234																				

受給資格者証番号

氏名

生年月日  
昭和:3、平成:4  
例1 昭和25年5月25日  
例2 平成10年10月10日

診療年月  
平成13年5月

診療科コード表より記入してください

入院の場合のみ日数を記入

レセプトの請求点数または、請求金額を記入してください。(右詰め)

レセプトの公費請求点数を記入してください。ただし、(長)の場合は記入しないでください。

公費・(長)にて生じた一部負担金を記入してください。

外来時薬剤一部負担金の支払がある場合に記入してください。

公費もしくは(長)による給付となる薬剤一部負担金を記入してください。

レセプトでの請求額

標準負担額を記入してください。

保険診療による一部負担金を上記のとおり領収しました。

平成 年 月 日

日付

医療機関等

所在地〒

電話番号

名称

開設者氏名

印

# 福祉医療費領収証明一覧表

(第三者行為分・老人保健該当分を除く。)

市町村 コード	助成 種別	受給資格証番号	氏名	性別	生年月日	診療年月	一部 負担 割合	診療 科 コード	入院 日数	保険請求点数(額)	公費 区分	公費請求点数 (額)	公費(一部) 負担額	外来時薬剤		入院時食事療養費				処方せ ん発行 区分	備考	No.			
														一部負担金	一部負担金 (公費(区分))	保険請求分	標準負担分	公費請求分	公費標準負担分						

保険診療による一部負担金を上記のとおり領収しました。

(〒 )

所在地  
医療機関等名称

開設者氏名  
電話

