

事 務 連 絡
平成 21 年 8 月 21 日

各 保 険 医 療 機 関 様
各 保 険 薬 局 様

京都府国民健康保険団体連合会

④③ ④④ 福祉医療費請求書及び④⑤ 子育て支援医療費請求書
における統一様式等について(お知らせ)

平素は、本会事業運営にご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、本会では、南丹市【43261148】重度心身障害児(者)医療での一部負担金徴収(本年 8 月診療分)の実施に伴い、(43) (44)福祉医療費請求書(ピンク)及び(45)子育て支援医療費請求書(イエロー)を統一した別紙様式(白色)並びに各種健康診査・予防接種(京都市)及び医保福祉併用分総括表(変更版)を作成いたしましたので、下記の事項についてご留意のうえ、本会へご提出いただきますようよろしくお願いいたします。

記

- 1 統一様式及び総括表(変更版)は、平成 21 年 10 月提出分より取扱います。
- 2 統一様式は、(43) (44)公費と(45)公費の併記が可能です。
- 3 統一様式は、別添の請求書を複写のうえご利用ください。(連合会に常設)
また、本会ホームページ(アドレス <http://www.kyoto-kokuhoren.or.jp>)からもダウンロード(Excel 形式)が可能です。
- 4 統一様式の特記事項は、用紙の裏面にて表示する仕様にしてありますが、表示が無くても本会への提出は可能です。
- 5 現行様式(ピンク・イエロー)は、平成 22 年 4 月 10 日提出分まで取扱い可能としておりますので、お手元等にある用紙を優先してご使用ください。

担 当 課 係	業 務 第 2 課 第 3 係
電 話 番 号	0 7 5 - 3 5 4 - 9 0 2 4

各種健康診査・予防接種（京都市）及び医保福祉併用分総括表

平成 年 月 分

点数表区分	医療機関コード	保険医療機関の （薬局）	〒
1 3 4		所在地 名称	
医 歯 調		開設者氏名 電話番号	印

区 分	件 数	備 考
妊 婦 健 康 診 査	件	
D P T ・ D T 予 防 接 種	件	
D T 第 II 期 予 防 接 種	件	
麻 し ん 予 防 接 種	件	
風 し ん 予 防 接 種	件	
日 本 脳 炎 予 防 接 種	件	
M R 予 防 接 種	件	
インフルエンザ予防接種	件	
子宮がん無料受診券	件	
	件	

区 分	件 数	備 考
フッ化物歯面塗布（歯科）	件	
歯周疾患予防健診（歯科）	件	
	件	

区 分	件 数	備 考
医 保 福 祉 ④③ ④④ ④⑤ 併 用 分	件	

43
44
45

福祉及び子育て支援
医療費請求書

平成 年 月 分下記のとおり請求します。

平成 年 月 日

名称
開設者氏名
医療機関所在地

医療機関コード

点数
区分
表

1 3 4
医 歯 調

公
長
表
示
の
確
認

No	受給者氏名	保険種別	本・家	公費負担者番号	受給者番号	診療年 月	請求点数	※1 公費分患者負担額	※2 自己負担	
1		1 協 2 船 3 日 4 共 5 組 6 自		2 6						円
2		1 協 2 船 3 日 4 共 5 組 6 自		2 6						円
3		1 協 2 船 3 日 4 共 5 組 6 自		2 6						円
4		1 協 2 船 3 日 4 共 5 組 6 自		2 6						円
5		1 協 2 船 3 日 4 共 5 組 6 自		2 6						円
6		1 協 2 船 3 日 4 共 5 組 6 自		2 6						円
7		1 協 2 船 3 日 4 共 5 組 6 自		2 6						円
8		1 協 2 船 3 日 4 共 5 組 6 自		2 6						円
9		1 協 2 船 3 日 4 共 5 組 6 自		2 6						円
10		1 協 2 船 3 日 4 共 5 組 6 自		2 6						円
11		1 協 2 船 3 日 4 共 5 組 6 自		2 6						円
12		1 協 2 船 3 日 4 共 5 組 6 自		2 6						円
13		1 協 2 船 3 日 4 共 5 組 6 自		2 6						円
14		1 協 2 船 3 日 4 共 5 組 6 自		2 6						円
15		1 協 2 船 3 日 4 共 5 組 6 自		2 6						円
16		1 協 2 船 3 日 4 共 5 組 6 自		2 6						円
17		1 協 2 船 3 日 4 共 5 組 6 自		2 6						円
18		1 協 2 船 3 日 4 共 5 組 6 自		2 6						円
19		1 協 2 船 3 日 4 共 5 組 6 自		2 6						円
20		1 協 2 船 3 日 4 共 5 組 6 自		2 6						円
21		1 協 2 船 3 日 4 共 5 組 6 自		2 6						円
22		1 協 2 船 3 日 4 共 5 組 6 自		2 6						円
23		1 協 2 船 3 日 4 共 5 組 6 自		2 6						円
24		1 協 2 船 3 日 4 共 5 組 6 自		2 6						円
25		1 協 2 船 3 日 4 共 5 組 6 自		2 6						円

※ 記載上の注意は、裏面をご覧ください。

請求合計

件

決定合計

件

円

円

＜記載上の注意＞

- ① この請求書は、医療保険と併用の㊸重度心身障害児（者）医療及び㊹母子家庭医療並びに㊺子育て支援医療の場合に使用してください。
- ② 「本・家」欄には、1：本人入院（1本人）・2：本人外来（2本外）・3：未就学者入院（3六入）・4：未就学者外来（4六外）・5：家族入院（5家入）・6：家族外来（6家外）・7：高齢受給者入院（7高入一）・8：高齢受給者外来（8高外一）・9：高齢受給者7割給付入院（9高入7）・0：高齢受給者7割給付外来（0高外7）となりますので、該当の番号を記載してください。
- ③ ※1「公費分患者負担額」欄は、更生医療等との三者併用の場合の更生医療等による一部負担額がある場合のみ記載してください。
- ④ ※2「自己負担」欄は、受給者証に記載されている一部負担金をご確認の上、記載してください。（自己負担額がない場合は0円）
- ⑤ 高額療養費または長期高額疾病に該当するものは、医療保険の診療報酬明細書の特記事項欄に「公」または「長」、「長2」と表示するとともに、本請求書の「㊸㊹表示の確認」欄にも㊸または㊹、長2と表示してください。
- ⑥ 感染症法37条の2（法番10）との併用については「㊸㊹表示の確認」欄に㊸と記載し、「公費分患者負担額」欄には、公費分点数×5%の額（1円の位を四捨五入し、10円単位）を記載してください。又、結核にかかる医療（公費分点数）以外の点数については別段に記載してください。
- ⑦ 自立支援医療（法番15）（法番16）（法番21）（法番24）（法番79）との併用については、「㊸㊹表示の確認」欄に㊸㊹㊺㊻㊼と記載してください。「公費分患者負担額」欄には、自立支援医療にかかる医保明細書の一部負担金欄に記載された金額を記載してください。
- ⑧ 被用者保険の被保険者（本人）が月の途中で75歳に到達した月（特例月）の自己負担限度額は1/2となります。なお、被用者保険の被保険者（本人）が月の途中で75歳に到達した月に被扶養者が療養を受けた場合についても、同様に自己負担限度額が1/2となります。
また、当該月については、特定疾病㊽や公費負担額についても同様の取扱いとなりますので、それぞれ「公費分患者負担額」欄に記載してください。
- ⑨ 「請求合計」欄には、医療機関の合計を記載してください。