

# 分 障親乳 医療費請求書 ( 医保本人・家族用 )

< 保険医療機関 >

大阪府国民健康保険団体連合会 殿 下記のとおり請求する

所在地

名称

開設者氏名

電話

印

機関コード

医科 1

No. \_\_\_\_\_

| 公費負担者番号 | 受給者番号 | 受給者氏名 | 被保険者証<br>記号・番号 | 入 外 |   |   |    |    | 診療年月 |   | 実日数 | 請求点数 | 公費分点数<br>(結核・精神等) | 受給者負担金額 | 食事<br>回数 | 食事療養費 | 食事療養費<br>標準負担額 | Ⓢ | 備考 | 高額 | 区分 |
|---------|-------|-------|----------------|-----|---|---|----|----|------|---|-----|------|-------------------|---------|----------|-------|----------------|---|----|----|----|
|         |       |       |                | 本   | 三 | 家 | 高9 | 高8 | 年    | 月 |     |      |                   |         |          |       |                |   |    |    |    |
| 2:7     |       |       |                | 1   | 3 | 5 | 7  | 9  |      |   |     |      |                   |         |          |       |                | 長 |    |    |    |
|         |       |       |                | 2   | 4 | 6 | 8  | 0  |      |   |     |      |                   |         |          |       |                |   |    |    |    |
| 2:7     |       |       |                | 1   | 3 | 5 | 7  | 9  |      |   |     |      |                   |         |          |       |                | 長 |    |    |    |
|         |       |       |                | 2   | 4 | 6 | 8  | 0  |      |   |     |      |                   |         |          |       |                |   |    |    |    |
| 2:7     |       |       |                | 1   | 3 | 5 | 7  | 9  |      |   |     |      |                   |         |          |       |                | 長 |    |    |    |
|         |       |       |                | 2   | 4 | 6 | 8  | 0  |      |   |     |      |                   |         |          |       |                |   |    |    |    |
| 2:7     |       |       |                | 1   | 3 | 5 | 7  | 9  |      |   |     |      |                   |         |          |       |                | 長 |    |    |    |
|         |       |       |                | 2   | 4 | 6 | 8  | 0  |      |   |     |      |                   |         |          |       |                |   |    |    |    |
| 2:7     |       |       |                | 1   | 3 | 5 | 7  | 9  |      |   |     |      |                   |         |          |       |                | 長 |    |    |    |
|         |       |       |                | 2   | 4 | 6 | 8  | 0  |      |   |     |      |                   |         |          |       |                |   |    |    |    |
| 2:7     |       |       |                | 1   | 3 | 5 | 7  | 9  |      |   |     |      |                   |         |          |       |                | 長 |    |    |    |
|         |       |       |                | 2   | 4 | 6 | 8  | 0  |      |   |     |      |                   |         |          |       |                |   |    |    |    |
| 2:7     |       |       |                | 1   | 3 | 5 | 7  | 9  |      |   |     |      |                   |         |          |       |                | 長 |    |    |    |
|         |       |       |                | 2   | 4 | 6 | 8  | 0  |      |   |     |      |                   |         |          |       |                |   |    |    |    |
| 2:7     |       |       |                | 1   | 3 | 5 | 7  | 9  |      |   |     |      |                   |         |          |       |                | 長 |    |    |    |
|         |       |       |                | 2   | 4 | 6 | 8  | 0  |      |   |     |      |                   |         |          |       |                |   |    |    |    |
| H・T     |       |       |                |     |   |   |    |    |      |   |     |      |                   |         |          |       |                |   |    |    |    |

提出先 ↓ 大阪府国民健康保険団体連合会

(記載等のご注意)

- この請求書は医療保険と併用の(80)障害者医療、(82)・(83)ひとり親家庭医療、86乳幼児医療の場合に使用し、大阪府国民健康保険団体連合会へ提出してください。
- 2枚以上にわたる場合は、NO を記入し、2枚目以降も捺印するしてください。
- 「入外」欄は、該当する数字を○で囲んでください。
- 「診療年月」欄は、当月分は記入の必要はないが、月遅れのときは記入してください。
- 「請求点数」欄は、合計点数を記入してください。
- 「公費分点数」欄は、結核・精神・特定疾患等の公費分点数がある場合は、その点数を記入するとともに「備考」欄に法別番号10、21、51等を記入する。なお、法別番号15、16、51等の場合は、患者負担額も「備考」欄に記入してください。
- 「受給者負担金額」欄は平成16年11月診療分から法別番号(80)、(82)、(83)、(86)の公費に対し発生した自己負担金額(1日500円/月2日)を記入してください。
- 受給者負担金額は、1日500円までとし、500円以下の場合は四捨五入せずに1円単位で請求してください。(月2日まで)
- 欄は、食事療養費標準負担額を公費で負担する場合のみ記入するとともに、食事の負担の無い場合は「0」と記入してください。
- 長期高額疾病患者の高額療養費該当者は、(長)欄の「長」を○で囲んでください。
- 平成15年3月診療分以前の薬剤一部負担金を請求される場合は、「備考」欄に(ヤ)○○○円と記してください。

※太枠内は記入しないでください。

|   |                      |
|---|----------------------|
| 入 | 1 本人(本人入院)           |
|   | 3 三入(3歳未満入院)         |
|   | 5 家入(家族入院)           |
| 院 | 7 高入(高齢受給者・老人9割給付入院) |
|   | 9 高入(高齢受給者・老人8割給付入院) |
| 外 | 2 本外(本人外来)           |
|   | 4 三外(3歳未満外来)         |
| 来 | 6 家外(家族外来)           |
|   | 8 高外(高齢受給者・老人9割給付外来) |
|   | 0 高外(高齢受給者・老人8割給付外来) |