

事務連絡
平成17年6月2日

保健医療福祉情報システム工業会 様

兵庫県国民健康保険団体連合会

福祉医療制度の見直しに係る請求方法等の取扱いについて（通知）

本会の業務運営につきましては、平素からご理解、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、平成17年7月1日から標記福祉医療制度が見直されることとなり、下記のとおり本会への請求方法も一部変更となりますので、ご留意いただきますようお願い申し上げます。

なお、当該変更等につきまして、お手数ですが貴会から会員各位に周知していただきますようお願いいたします。

記

1 福祉医療制度の見直し内容

- (1) 重度障害者（精神）及び高齢重度障害者（精神）の創設
- (2) 高齢重度障害者医療費助成事業の現物給付化
- (3) 保険医療機関等での窓口限度額の設定

2 見直し時期

平成17年7月1日

※ ただし、市町により実施内容が異なるケースがありますので、受給者証の確認をお願いします。

3 福祉医療制度、法別番号及び請求様式等

制 度		県助成制度	市町助成制度	請求様式等
老 人		4 1	4 2	<国保被保険者> ・「国保併用レセプト」で請求 (現行どおり) <社保被保険者> ・福祉医療のみを「福祉医療費請求 書（社保用）」で請求 (現行どおり)
乳 幼 児		8 0	8 1	
重 度 障害者	心身	8 2	8 3	
	精神	4 3	4 4	
母子家庭等		8 5	8 4	
高齢重度 障 害 者	心身	法別番号の設定なし		国保老人保健及び社保老人保健に係 る福祉医療（高齢重度障害者）のみを 「 高 高齢重度障害者医療費請求書」 （新様式）で請求
	精神			

4 一部負担金

制 度	区 分	入 院	外 来
老 人 (法別41、42)	一般	2割負担で40,200円まで	2割負担で12,000円まで
	低所得区分Ⅱ	2割負担で24,600円まで	2割負担で8,000円まで
	低所得区分Ⅰ	1割負担で15,000円まで	1割負担で8,000円まで
	免除	0円	0円
乳 幼 児 (法別80、81)	一般	1 保険医療機関等あたり 1 割負担で2,800円まで	1 保険医療機関等あたり 1 日700円まで (月2回)
	低所得者	1 保険医療機関等あたり 1 割負担で2,000円まで	1 保険医療機関等あたり 1 日500円まで (月2回)
	免除	0円	0円
重 度 障 害 者 (法別43、44、82、83) 母 子 家 庭 等 (法別84、85) 高 齢 重 度 障 害 者 (法別番号なし)	一般	1 保険医療機関等あたり 1 割負担で2,000円まで	1 保険医療機関等あたり 1 日500円まで (月2回)
	低所得者	1 保険医療機関等あたり 1 割負担で1,200円まで	1 保険医療機関等あたり 1 日300円まで (月2回)
	免除	0円	0円

※ 市町単独制度により一部負担金が県助成制度と異なる市町がありますので、必ず受給者証を確認してください。

※ 長期入院対策として、乳幼児、重度障害者、母子家庭等、高齢重度障害者の各医療費助成制度で、連続して3か月を超える入院の場合、4か月目以降は一部負担金を徴収しない。給付方法は、県内の同じ保険医療機関等で連続入院した場合は、現物給付（4か月目以降の一部負担金を徴収しない。）とし、このほかは、市町での償還払いとなります。

5 請求方法

- (1) 国保被保険者に係る福祉医療費（高齢重度障害者医療費を除く。）の請求
国保併用レセプトで請求してください。（現行どおり）
- (2) 社保被保険者に係る福祉医療費（高齢重度障害者医療費を除く。）の請求
福祉医療費請求書（社保用）で請求してください。（現行どおり）
- (3) 国保老人保健及び社保老人保健に係る高齢重度障害者医療費の請求
Ⓐ 高齢重度障害者医療費請求書で請求してください。（新規取扱い）

6 請求に係る新様式

別紙「Ⓐ 高齢重度障害者医療費請求書」のとおり

7 記載要領等

- (1) 明細書の編綴方法
別添1のとおり
- (2) 総括票作成上の留意点

「社保福祉医療費請求件数」欄の記載方法を次のとおり変更します。

- ・ 変更前…福祉医療費請求書（社保用）に記載した請求件数を集計し、記載してください。

- ・ 変更後…「福祉医療費請求書（社保用）」と「**高**高齢重度障害者医療費請求書」に記載した請求件数を集計し、記載してください。記載方法は、「社保福祉医療費請求件数」欄の福祉医療費請求件数の下段に**高**と表示し、高齢重度障害者医療費の請求件数を記載してください。

（例）総括票の「社保福祉医療費請求件数」欄

社保福祉医療費 請求件数	111件 高 222件
-----------------	-----------------------

- (3) 福祉医療費請求書（社保用）作成上の留意点
変更ありません。
- (4) **高** 高齢重度障害者医療費請求書作成上の留意点（新規）
別添2のとおり

8 処方せん発行に係る取扱い

- (1) 保険医療機関が高齢重度障害者に係る処方せんを発行する場合

ア 高齢重度障害者に係る処方せんを発行する場合は、処方せんの備考欄に「**高**」を記載してください。

（例）処方せん備考欄

高

イ 高齢重度障害者の低所得者に係る処方せんを発行の場合は、処方せんの備考欄に「**高** 300円」を記載してください。（受給者証に表示されている金額）

（例）処方せん備考欄

高 300円

ウ 高齢重度障害者の一部負担金免除に係る処方せんを発行の場合は、処方せんの備考欄に「**高** 0円」を記載してください。（受給者証に表示されている金額）

（例）処方せん備考欄

高 0円

- (2) 保険医療機関が福祉医療低所得者等に係る処方せんを発行する場合

ア 老人の低所得者に係る処方せんを発行する場合は、処方せんの備考欄に「**老** 2割8,000円」又は「**老** 1割8,000円」を記載してください。（受給者証に表示されている割合及び金額）

（例）処方せん備考欄

老 2割8,000円	又は	老 1割8,000円
-------------------	----	-------------------

イ 乳幼児の低所得者に係る処方せんを発行する場合は、処方せんの備考欄に「**乳** 500円」を記載してください。（受給者証に表示されている金額）

（例）処方せん備考欄

乳 500円

ウ 重度障害者及び母子家庭等の低所得者に係る処方せんを発行する場合は、処方せんの備考欄に「障300円」又は「母300円」を記載してください。（受給者証に表示されている金額）

（例）処方せん備考欄

障 300円 又は 母 300円

エ 老人、乳幼児、重度障害者及び母子家庭等の一部負担金免除に係る処方せんを発行する場合は、処方せんの備考欄に「老0円」、「乳0円」、「障0円」又は「母0円」を記載してください。（受給者証に表示されている金額）

（例）処方せん備考欄

老 0円、 乳 0円、 障 0円 又は 母 0円

(3) 市町助成に係る取扱い

市町助成により乳幼児医療等で、県助成の一部負担金額と異なる場合や市町によって一部負担金額を全額助成（「0円」）する場合がありますので、受給者証を確認（金額は受給者証に表示されます。）し、処方箋の備考欄にその金額を記載してください。

(4) 保険薬局の処方せん受付に係る取扱い

保険薬局は、保険医療機関が記載した処方せんの備考欄を確認し、備考欄に記載されている一部負担金額により取り扱う。

なお、受給者証の確認もお願いします。

9 記載例

(1) 総括票

別添3のとおり

(2) 福祉医療費請求書

別添4のとおり

(3) 高^①高齢重度障害者医療費請求書

別添5のとおり

(4) 福祉医療併用レセプト

別添6のとおり

<担当>

業務管理部 管理課 管理係（細目）

TEL (078) 332-5633（直通）

高 高 高齢重度障害者医療費請求書										保 險 医 療 機 関 所 在 地													
平成 年 月分下記のとおり請求する。										名 称 開 設 者 氏 名													
平成 年 月 日										保 險 者 コ ー ド 2 8 9 9 8 3		県 番 号 2 8		保 険 医 療 機 関 コ ー ド				表 別 医 科 歯 科 1 3		割 合 1 2		印	
市・(町)長 様																							
受 給 者 氏 名		生 年 月		市 町 村 番 号		受 給 者 番 号		診 療 年 月		入 外		日 数		点 数		一 部 負 担 金 (老 健)		一 部 負 担 金 (高 齢 身)		備 考			
				法 別 原 番 実 施 主 体						1													
				2 7 2 8						2													
				2 7 2 8						1													
				2 7 2 8						2													
				2 7 2 8						1													
				2 7 2 8						2													
				2 7 2 8						1													
				2 7 2 8						2													
				2 7 2 8						1													
				2 7 2 8						2													
				2 7 2 8						1													
				2 7 2 8						2													
				2 7 2 8						1													
				2 7 2 8						2													
				2 7 2 8						1													
				2 7 2 8						2													
				2 7 2 8						1													
				2 7 2 8						2													
				2 7 2 8						1													
				2 7 2 8						2													
				2 7 2 8						1													
				2 7 2 8						2													
請 求 合 計								件				点				円				円			
※ 決 定 合 計								件				点				円				円			

- (注) 1 市・町別・表別・割合別に作成してください。
- 2 入・外欄の入院は「1」、外来は「2」に○印を付してください。
- 3 診療年月欄には該当年月以外は必ず記載してください。
- 4 点数欄は高齢重度障害者医療対象点数分のみを記載してください。(月の途中で同等の公費負担医療が適用となった場合など)
- 5 一部負担金(老健)欄は、入院の一部負担金及び入院外(在宅診療、在宅給食の算定の場合及び減額又は免除を受けた場合に限る)の一部負担金を記載してください。(※減額又は免除を受けた場合は、減額後の金額を記載してください。)
- 6 一部負担金(高齢身)欄は、高齢身の一部負担金を記載してください。
- 7 高額長期疾病分は、受給者氏名欄左欄外に(長)と記載し、備考欄に(02)を記載してください。
- 8 旧総合病院については、備考欄に診療科目名を記載してください。

高 高齢重度障害者医療費請求書										所在地													
平成 年 月分下記のとおり請求する。																						名称	
平成 年 月 日										印													
請求先	市・(町)長様										保険者コード		照番号	保険薬局コード		表別		割合					
											2 8 9 9 8 3		2 8			調 割		1	2				
													4										
受給者氏名		生年月		市 町 村 番 号			受給者番号		診療年月		人外	回数	点 数		一部負担金 (老健)		一部負担金 (高齢身)		備考				
				法別	照番号	実施主体																	
1				2	7	2	8					2											
2				2	7	2	8					2											
3				2	7	2	8					2											
4				2	7	2	8					2											
5				2	7	2	8					2											
6				2	7	2	8					2											
7				2	7	2	8					2											
8				2	7	2	8					2											
9				2	7	2	8					2											
10				2	7	2	8					2											
11				2	7	2	8					2											
12				2	7	2	8					2											
13				2	7	2	8					2											
14				2	7	2	8					2											
15				2	7	2	8					2											
16				2	7	2	8					2											
17				2	7	2	8					2											
18				2	7	2	8					2											
19				2	7	2	8					2											
20				2	7	2	8					2											
請求合計								作		点		円		円									
※決定合計								作		点		円		円									

(注) 1 市・町別・表別・割合別に作成してください。

2 診療年月欄には該当年月以外は必ず記載してください。

3 点数欄は高齢重度障害者医療対象点数分のみを記載してください。(月の途中で同等の公費負担医療が適用となった場合など)

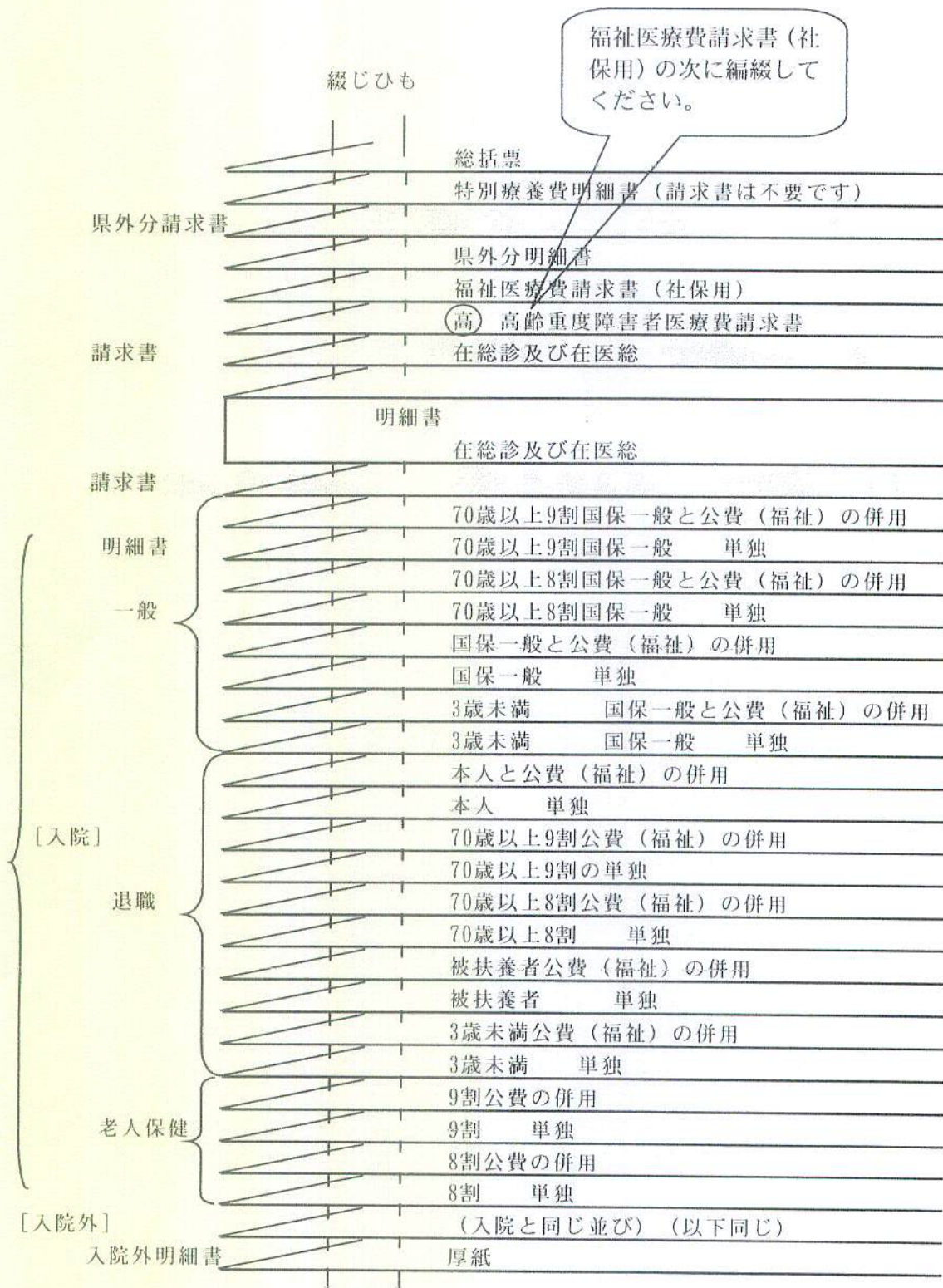
4 一部負担金(老健)欄は、減額又は免除を受けた場合に限り一部負担金を記載してください。
(※減額又は免除を受けた場合は、減額後の金額を記載してください。)

5 一部負担金(高齢身)欄は、高齢身の一部負担金を記載してください。

6 高額長期疾病分は、受給者氏名欄左欄外に(長)と記載し、備考欄に(02)を記載してください。

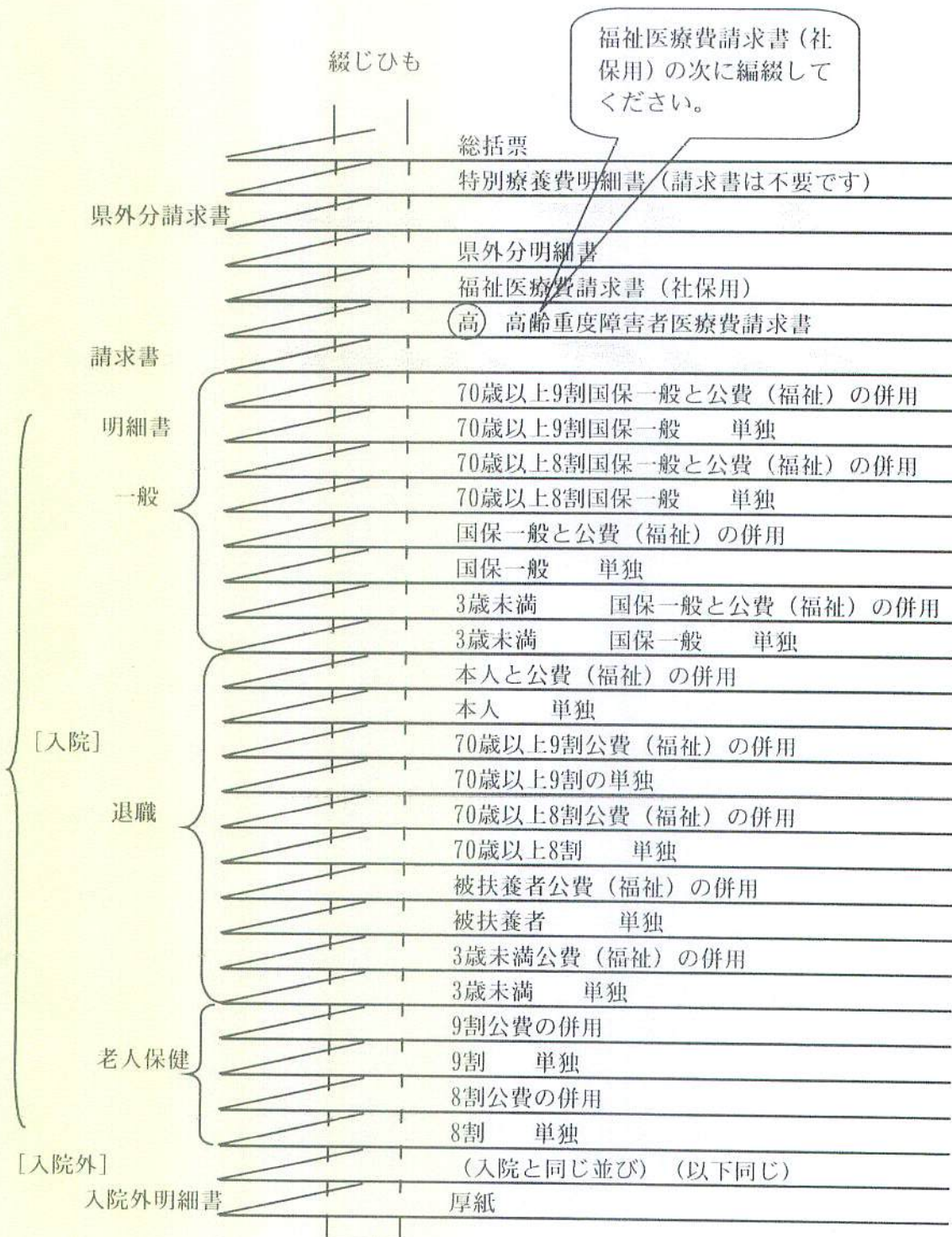
別添 1

明細書等の編綴方法（医科）



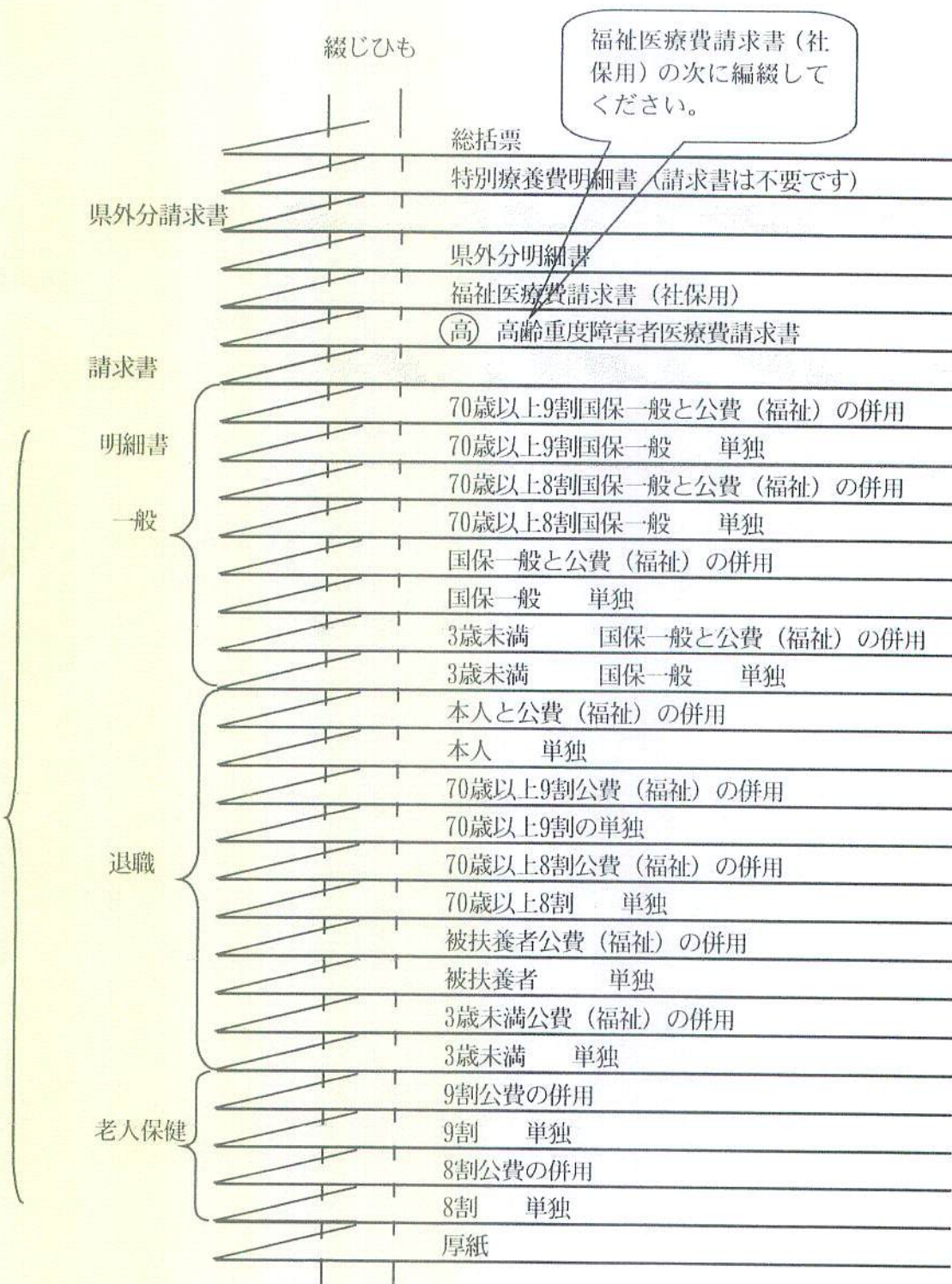
別添 1

明細書等の編綴方法（歯科）



別添 1

明細書等の編綴方法（調剤）



別添 2

⑨高齢重度障害者医療費請求書作成上の留意点

- 1 留意点
 - ・ 請求先市町別、表別、割合別に作成してください。※欄は記載しないでください。
- 2 「平成 年 月分」欄について
 - ・ 診療年月を記載してください。
- 3 「平成 年 月 日」欄について
 - ・ 高齢重度障害者医療費請求書を提出する日を記載してください。
- 4 「所在地、名称、開設者氏名」欄について
 - ・ 指定申請の際に兵庫社会保険事務局に届け出た所在地、名称、開設者氏名を記載してください。
- 5 「印」について
 - ・ 国保連合会に届け出た印鑑を使用してください。（「保険医療機関等の請求及び受領に関する届」で届け出た印鑑）
- 6 「請求先」欄について
 - ・ 市町名を記載してください。
- 7 「保険医療機関コード」欄について
 - ・ 指定された保険医療機関等の機関コード番号を記載してください。
- 8 「表別」欄について
 - ・ 該当する表別の数字に○をつけてください。
- 9 「割合」欄について
 - ・ 該当する割合の数字に○をつけてください。
- 10 「各明細行」欄について
 - ・ 該当する欄を記載してください。
 - ・ 「生年月」欄を必ず記載してください。
 - ・ 「生年月」欄の記載は、「大正」を「2」で5桁の数字で表します。
（例）大正10年4月生まれは「21004」です。
 - ・ 「点数」欄は、高齢重度障害者医療対象点数分のみを記載してください。（公費負担医療がある場合は、総点数から公費負担医療対象点数を除く。）
 - ・ 「一部負担金（老健）」欄は、入院の一部負担金及び入院外（在総診、在医総の算定の場合及び減額又は免除を受けた場合に限る。）の一部負担金を記載してください。
※ 減額又は免除を受けた場合は、減額後の金額を記載してください。
 - ・ 「一部負担金（高齢身）」欄は、高齢重度障害者医療の一部負担金を記載してください。
- 11 「請求合計」欄について
 - ・ 請求書ごと「件数」、「点数」、「一部負担金（老健）」、「一部負担金（高齢身）」を集計し、記載してください。
- 12 「診療年月」欄について
 - ・ 当該年月分以外は、必ず記載してください。
- 13 その他
 - ・ 高額長期疾病分は、受給者氏名欄左欄外に⑨と記載し、備考欄に⑩を記載してください。
 - ・ 旧総合病院は、備考欄に診療科目名を記載してください。
 - ・ その他の項目は、福祉医療費請求書（社保用）に準じて取扱います。

別添3(医科・歯科・調剤)

(様式審3)

年

月分

国民健康保険診療報酬総括票

医療機関 コード番号		表別	1 医	3 歯	4 調	診療科名		
所在地	<記載例>							
機関名								
開設者名	TEL ()						病院 診療所 医院 クリニック 薬局	
「社保福祉医療費請求件数」欄の上段に福祉医療費請求件数を、下段に(高)と表示のうえ高齢重度障害者医療請求件数を記入する。								(印)
	区分	件数	点数		請求書枚数	社保福祉医療費 請求件数	111件 (高) 222件	
請求	内 分 外 分	入院					整理番号	
		入院外						
		入院						
		入院外						
計								

(注) 太線()の中のみ記入してください。

請求欄は県内分(県内又は県内扱いとする保険者分)と県外分(下記以外の保険者分)に分けて記入してください。

(県内又は県内扱いとする保険者名)

(市部) 神戸 姫路 尼崎 明石 西宮 洲本 芦屋 伊丹 相生 加古川 龍野
赤穂 西脇 宝塚 三木 高砂 川西 小野 三田 加西 六甲 養父
朝来 丹波 篠山 淡路 南あわじ 豊岡

(郡部) 猪名川 吉川 社 滝野 東条 中 加美 八千代 黒田庄 稲美 播磨
家島 夢前 神崎 市川 香寺 福崎 大河内 新宮 太子 揖保川 御津
上郡 佐用 上月 南光 三日月 安富 香美 浜坂 温泉 五色

(組合) 兵庫食糧 明石浦 中央卸売 兵庫県食品 兵庫県歯科医師 兵庫県医師 兵庫県薬剤師 兵庫県建設
全国土木建築 全国建設工事業

審査印	受付印	事務				摘要 (県外保険者名)
		上	内	外	負	
		公	決	突	検	
		係 名				
		係				

別添3(調剤)

(様式第3)

年

月分

国民健康保険調剤報酬総括票

薬局 コード番号		表別 調	4	
所在地	〒			
機関名	<記載例>			
開設者名	TEL () 「社保福祉医療費請求件数」欄の上段に福祉医療費請求件数を、下段に(高)と表示のうえ高齢重度障害者医療請求件数を記入する。			
区分	件数	点数	請求書枚数	社保福祉医療費請求件数
県内分				111件 (高) 222件
県外分				整理番号
計				

(注) 太線(—)の中のみ記入してください。

請求欄は県内分(県内又は県内扱いとする保険者分)と県外分(下記以外の保険者分)に分けて記入してください。

(県内又は県内扱いとする保険者名)

(市部) 神戸 姫路 尼崎 明石 西宮 洲本 芦屋 伊丹 相生 加古川 龍野
赤穂 西脇 宝塚 三木 高砂 川西 小野 三田 加西 宍粟 養父
朝来 丹波 篠山 淡路 南あわじ 豊岡

(郡部) 猪名川 吉川 社 滝野 東条 中 加美 八千代 黒田庄 稲美 播磨
家島 夢前 神崎 市川 香寺 福崎 大河内 新宮 太子 揖保川 御津
上郡 佐用 上月 南光 三日月 安富 香美 浜坂 温泉 五色

(組合) 兵庫食糧 明石浦 中央卸売 兵庫県食品 兵庫県歯科医師 兵庫県医師 兵庫県薬剤師 兵庫県建設
全国土木建築 全国建設工事業

審査印	受付印	事務	摘要 (県外保険者名)
		上 内 外 負	
		公 決 突 検	
		係 名	
		— 係	
			受付 回

別添4(医科・歯科)

福祉医療費請求書 (社保用)				所在地		記載例				
平成 17 年 8 月分下記のとおり請求する。				名 称		開設者氏名				
平成 17 年 9 月 10 日				保険医療機関		該当する表別に○をつける。				
請求先	兵庫県知事	保険者コード	県番号	保険医療機関コード	表 別	割 合				
神戸市・(町)長 様		2 8 9 9 9 1	2 8	5 1 0 9 9 9 9	医科 歯科	1 2 ③				
受給者氏名	生年月	公費負担者番号	受給者番号	診療年月	入外	日数	点 数	一部負担金	備 考	
法別	法別	法別	法別	法別	法別	法別	法別	法別	法別	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	国保 A郎	3 1 2 0 4	4 1 2 8 4 0 1 9	1 1 1 1 1 1 1		1	1	1 5 0 0	3 0 0 0	
2	国保 B子	3 1 3 0 6	4 2 2 8 4 0 1 8	2 2 2 2 2 2 2		2	2	2 5 0 0	2 5 0 0	
3	国保 C男	4 1 2 0 1 8	0 2 8 4 0 1 1 3	3 3 3 3 3 3 3		3	1	5 0 0 0	2 8 0 0	
4	国保 D子	4 1 2 1 0 8	1 2 8 4 0 1 0 4	4 4 4 4 4 4 4		4	1	1 0 0 0	7 0 0 0	
5	国保 E太	4 1 2 0 5 8	0 2 8 4 0 2 9 5	5 5 5 5 5 5 5	1 7 0 7	7	2	3 0 0 0	1 4 0 0	
6	国保 F子	4 1 2 1 2 8	1 2 8 4 0 2 8 6	6 6 6 6 6 6 6	1 7 0 7	7	1	1 0 0 0	5 0 0 0	
7	国保 G介	3 3 0 1 1 8	2 2 8 4 0 3 5 7	7 7 7 7 7 7 7		7	3	3 0 0 0	2 0 0 0	
8	国保 H子	3 3 6 0 1 8	3 2 8 4 0 3 4 8	8 8 8 8 8 8 8		8	3	2 0 0 0	1 2 0 0	
9	国保 I夫	4 0 2 0 8 8	4 2 8 4 0 5 8 9	9 9 9 9 9 9 9		9	1	6 0 0 0	5 0 0 0	
10	国保 J子	3 3 8 1 1 8	5 2 8 4 0 5 7 1	1 1 1 2 2 2 2		10	4	2 0 0 0	1 0 0 0	
11	国保 K志	3 3 4 0 3 4	3 2 8 4 0 6 6 2	2 2 2 3 3 3 3		11	1	6 0 0 0	3 0 0 0	
12	国保 L子	3 5 7 0 9 4	4 2 8 4 0 6 5 3	3 3 3 4 4 4 4		12	2	2 0 0 0	6 0 0 0	
13			2 8							
14										
15	一部負担金額を記入する。									
16	<老人医療>									
17	・ 入院:一般 定率2割負担で40,200円まで、低所得区分Ⅱ 定率2割負担で24,600円まで、低所得区分Ⅰ 定率1割負担で15,000円まで									
18	・ 入院外:一般 定率2割負担で12,000円まで、低所得区分Ⅱ 定率2割負担で8,000円まで、低所得区分Ⅰ 定率1割負担で8,000円まで									
19	<重度障害者医療、母子家庭医療>									
20	・ 入院:一般 1割負担で2,000円まで、低所得者 1割負担で1,200円まで(1保険医療機関等ごとに)									
	・ 入院外:一般 1日500円まで、低所得者 1日300円まで(1保険医療機関等ごとに月2回まで)									
	<乳幼児医療>									
	・ 入院:一般 1割負担で2,800円まで、低所得者 1割負担で2,000円まで(1保険医療機関等ごとに)									
	・ 入院外:一般 1日700円まで、低所得者 1日500円まで(1保険医療機関等ごとに月2回まで)									
請求合計		12 件		108 日		114,200 点		16,500 円		
※決定合計		件		日		点		円		

- (注) 1 市・町別・表別・割合別に作成してください。
- 2 入・外欄の入院は「1」、外来は「2」に○印を付してください。
- 3 点数欄は福祉医療対象点数を記入してください。
- 4 診療年月欄には該当年月以外は必ず記載してください。
- 5 乳幼児医療(法別80、81)については、生年月を記載してください(例・平成17年4月生の場合、41704と記載)。
- 6 高額長期疾病分は、受給者氏名欄左欄外に(長)と記載し、備考欄に(02)を記載してください。

別添4(調剤)

福祉医療費請求書 (社保用)				所在地		記載例										(印)	
平成 17 年 8 月分下記のとおり請求する。				名 称													
平成 17 年 9 月 10 日				局 開設者氏名													
請求先	兵庫県知事			保険者コード		県番号		保険薬局コード				表 別 割 合		調 劑	1	2	③
	神戸市・(町)長 様			2 8 9 9 9 1		2 8		5 1 0 9 9 9 9				4					
受給者氏名	生年月	公費負担者番号		受給者番号		調剤年月		外	回数	点	数	一部負担金	備考				
1 国保 A郎	31204	4128	4019	11111111				2	1		1500	3000					
2 国保 B子	31306	4228	4018	22222222				2	2		2500	2500					
3 国保 C男	41210	8128	4010	33333333				2	1		1000	700					
4 国保 D子	41205	8028	4029	44444444	1707	2	2			3000	1400						
5 国保 E太	41212	8128	4028	55555555	1707	2	1			1000	500						
6 国保 F子	33011	8228	4035	66666666				2	1		600	500					
7 国保 G介	33601	8328	4034	77777777				2	2		2000	1000					
8 国保 H子	40208	8428	4058	88888888				2	1		600	500					
9 国保 I子	33811	8528	4057	99999999				2	2		2000	1000					
10 国保 J子	33403	4328	4066	11112222				2	1		600	300					
11 国保 K志	35709	4428	4065	22223333				2	3		2000	600					
12			28					2									
13																	
14	一部負担金額を記入する。																
15	<老人医療>																
16	・ 一般 定率2割負担で12,000円まで、低所得区分Ⅱ 定率2割負担で8,000円まで、 低所得区分Ⅰ 定率1割負担で8,000円まで																
17	<重度障害者医療、母子家庭医療>																
18	・ 一般 1日500円まで、低所得者 1日300円まで(1保険医療機関等ごとに月2回まで)																
19	<乳幼児医療>																
20	・ 一般 1日700円まで、低所得者 1日500円まで(1保険医療機関等ごとに月2回まで)																
請求合計	11 件				17 日		16,800 点				12,000 円						
※決定合計	件				日		点				円						

(注) 1 市・町別・表別・割合別に作成してください。
2 点数欄は福祉医療対象点数を記入してください。
3 調剤年月欄には該当年月以外は必ず記入してください。
4 老人で一部負担金の徴収がない場合は、0円と記載してください。
5 乳幼児医療(法別80、81)については、生年月を記載してください(例・平成17年4月生の場合、41704と記載)。
6 高額長期疾病分は、受給者氏名欄左欄外に(長)と記載し、備考欄に(02)を記載してください。

8 旧総合病院については、備考欄に診療科目名を記載してください。

高 高齢重度障害者医療費請求書				所在地		別添5(調剤)													
平成 17 年 8 月分下記のとおり請求する。 平成 17 年 9 月 10 日				保険薬局		名称		記載例											
請求先				保険者コード		県番号		保険薬局コード		表別		割合		印					
神戸市・(町)長様				2 8 9 9 8 3		2 8		5 1 0 8 8 8 8		調剤 4		① 2							
受給者氏名		生年月		市町村番号 法別 県番号 実施主体		受給者番号		診療年月		入外 回数		点数		一部負担金 (老健)		一部負担金 (高齢身)		備考	
1 兵庫 A郎		3 0 3 1 2		2 7 2 8 4 0 1 7		1 1 1 1 1 1 1				2		1 8 0 0				5 0 0			
2 兵庫 B子		3 0 4 0 2		2 7 2 8 4 0 2 5		2 2 2 2 2 2 2				2		2 1 2 0 0				1 0 0 0			
3 兵庫 C男		3 0 3 1 2		2 7 2 8 4 0 3 3		3 3 3 3 3 3 3		1 7 0 7		2		1 8 0 0				3 0 0			
4 兵庫 D子		3 0 4 0 2		2 7 2 8 4 0 3 3		4 4 4 4 4 4 4		1 7 0 7		2		3 1 2 0 0				6 0 0			
5 兵庫 E太		3 0 2 0 2		2 7 2 8 4 0 5 8		5 5 5 5 5 5 5				2		1 4 0 0				4 0 0			
6				2 7 2 8						2									
7				2 7 2 8						2									
8				2 7 2 8						2									
9				2 7 2 8						2									
10				2 7 2 8						2									
11				2 7 2 8						2									
12				2 7 2 8						2									
13				2 7 2 8						2									
14				2 7 2 8						2									
15				2 7 2 8						2									
16				2 7 2 8						2									
17				2 7 2 8						2									
18				2 7 2 8						2									
19				2 7 2 8						2									
20				2 7 2 8						2									
請求合計								5 件				2,400 点		円		2,800 円			
※決定合計								件				点		円		円			

- (注)
- 市・町別・表別・割合別に作成してください。
 - 診療年月欄には該当年月以外は必ず記載してください。
 - 点数欄は高齢重度障害者医療対象点数分のみを記載してください。(月の途中で同等の公費負担医療が適用となった場合など)
 - 一部負担金(老健)欄は、減額又は免除を受けた場合に限り一部負担金を記載してください。
(※減額又は免除を受けた場合は、減額後の金額を記載してください。)
 - 一部負担金(高齢身)欄は、高齢身の一部負担金を記載してください。
 - 高額長期疾病分は、受給者氏名欄左欄外に (長) と記載し、備考欄に (02) を記載してください。

診療報酬明細書

提出先

1 2

社 国

保 保

都道府 医療機関コード
県番号

平成 年 月 分 (28)

5109999

1 社・国 3 老人 1 単独 1 本入 7 高入 9
2 公費 4 退職 3 2併 3 三人 9 高入 8
3併 5 家人 9 高入 8

様式第 ()

市 町 村

番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

公 費 負 担 者 番 号

老人医療

の受給者

番 号

公費負担

医療の受

給者番号①

公費負担

医療の受

給者番号②

保険者

番 号

被保険者証・被保険者

手帳等の記号・番号

給付割合

10 9

8 7

()

特 記 事 項

保険医療機関の所在地及び名称

別添6(医科、歯科・入院)

区分 精神 結核 療養 複合

氏 名

1男 2女 1明 2大 3暗

職務上の事由 1職務上 2下船後

生 活 上 の 事 由

傷 (1)

病 (2)

(3)

(4)

(5)

名

11 初 診

13 指 導

14 在 宅

20 21 内 科

22 22 屯 子

23 23 外 科

24 24 調 剤

26 26 麻 酔

27 27 調 剤

30 31 皮下筋肉内

32 32 静 脈 内

33 33 そ の 他

40 処 置

薬 剤

50 手 術

60 検 査

70 診 断

80 其 他

90 入院年月日

入 院

病 診

90 入院基本料・加算

× 日間

× 日間

× 日間

× 日間

× 日間

92 特定入院料・その他

院

福祉医療法別番号を記入

- ・老人医療…法別41、42
- ・乳幼児医療…法別80、81
- ・重度障害者医療…法別43、44、82、83
- ・母子家庭等医療…法別84、85

一部負担金額を記入

<老人医療>

- ・一般 定率2割負担で40,200円まで、低所得区分Ⅱ 定率2割負担で24,600円まで、低所得区分Ⅰ 定率1割負担で15,000円まで

<重度障害者医療、母子家庭医療>

- ・一般 1割負担で2,000円まで、低所得者 1割負担で1,200円まで(1保険医療機関等ごとに)

<乳幼児医療>

- ・一般 1割負担で2,800円まで、低所得者 1割負担で2,000円まで(1保険医療機関等ごとに)

記載例

※高額療養費

97 基準

円 ×

日間

円 ×

日間

円 ×

日間

減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ

3月超

点

点

点

点

点

点

点

点

点

点

点

点

点

点

点

点

点

点

点

点

※公費負担点数

97 基準

円 ×

日間

円 ×

日間

円 ×

日間

減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ

3月超

点

点

点

点

点

点

点

点

点

点

点

点

点

点

点

点

※公費負担点数

97 基準

円 ×

日間

円 ×

日間

円 ×

日間

減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ

3月超

点

点

点

点

点

点

点

点

点

点

点

点

点

点

点

※公費負担点数

97 基準

円 ×

日間

円 ×

日間

円 ×

日間

減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ

3月超

点

点

点

点

点

点

点

点

点

点

点

点

点

点

点

※公費負担点数

97 基準

円 ×

日間

円 ×

日間

円 ×

日間

減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ

3月超

点

点

点

点

点

点

市 町 村

老人医療

保険者

給付割合

10

9

番 号

番 号

番 号

給付割合

8

⑦

公 費 負 担 者 番 号

公費負担

被保険者証・被保険者

号

医療の受

手帳等の記号・番号

号

給者番号①

公 費 負 担 者 番 号

公費負担

号

医療の受

号

給者番号②

特 記 事 項

保険医療
機関の所
在地及び
名 称

別添6(医科・外来)

(床)

氏

名

1男 2女 1男 2女

職務上の事由

1職務上

傷

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

名

11 初 診

12 再 診

13 外 来 管 理

14 時 間 外

15 休 診

16 深 指

17 往 診

18 夜 間

19 在 診

20 深夜・緊急

21 在宅患者訪問診療

22 在宅 診 療

23 其 他

24 薬 剤

25 内 服

26 調 剤

27 電 服

28 外 用

29 調 剤

30 処 方

31 麻 毒

32 調 基

33 皮 下 筋 肉 内

34 静 脈 内

35 其 他

36 注 射

37 処 置

38 薬 剤

39 麻 酔

40 術 後

41 麻 酔

42 術 後

43 麻 酔

44 術 後

45 麻 酔

46 術 後

47 麻 酔

48 術 後

49 麻 酔

50 術 後

51 麻 酔

52 術 後

53 麻 酔

54 術 後

55 麻 酔

56 術 後

57 麻 酔

58 術 後

59 麻 酔

60 術 後

61 麻 酔

62 術 後

63 麻 酔

64 術 後

65 麻 酔

66 術 後

67 麻 酔

68 術 後

69 麻 酔

70 術 後

71 麻 酔

72 術 後

73 麻 酔

74 術 後

75 麻 酔

76 術 後

福祉医療法別番号を記入

- ・老人医療…法別41、42
- ・乳幼児医療…法別80、81
- ・重度障害者医療…法別43、44、82、83
- ・母子家庭等医療…法別84、85

記載例

一部負担金額を記入

<老人医療>

- ・一般 定率2割負担で12,000円まで、低所得区分Ⅱ 定率2割負担で8,000円まで、低所得区分Ⅰ 定率1割負担で8,000円まで

<重度障害者医療、母子家庭等医療>

- ・一般 1日500円まで、低所得者 1日300円まで(1保険医療機関等ごとに月2回まで)

<乳幼児医療>

- ・一般 1日700円まで、低所得者 1日500円まで(1保険医療機関等ごとに月2回まで)

療 保	請 求	点 ※	決 定	点	一部負担金額
養 険					減額 割 (円) 免除・
の 公 費		点 ※		点	子
給 ① 公 費		点 ※		点	円 ※ 高 額 療 養 費 ※ 公 費 自 担 金 額 ※ 公 費 自 担 金 額 ※
付 ②					

診療報酬明細書 (歯科)

提出先 一般 平成 年 月 分 28 5109999
 都道府県番号 医療機関コード

3 ① 社・同	3 老人	1 単独	2 本外	8 高外9
2 公費	4 退職	② 2併	4 一外	0 高外8
		3 3併	6 家外	

市町村番号	老人医療の受給者番号
公費負担者番号	公費負担医療の受給者番号

保険者番号	給付割合
	10 ⑨ 8
	7 ()

被保険者証・被保険者
 手帳等の記号・番号

氏名	1 男 2 女	大 3 昭 4 平	・ ・ 生
職務上の事由	1 職務	2 下船後3月以内	3 通勤災害

保険医療機関の所在地及び名称

別添6(歯科・外来)

記載例

福祉医療法別番号を記入

- ・老人医療…法別41、42
- ・乳幼児医療…法別80、81
- ・重度障害者医療…法別43、44、82、83
- ・母子家庭等医療…法別84、85

一部負担金額を記入

<老人医療>

- ・一般 定率2割負担で12,000円まで、低所得区分Ⅱ 定率2割負担で8,000円まで、低所得区分Ⅰ 定率1割負担で8,000円まで

<重度障害者医療、母子家庭等医療>

- ・一般 1日500円まで、低所得者 1日300円まで(1保険医療機関等ごとに月2回まで)

<乳幼児医療>

- ・一般 1日700円まで、低所得者 1日500円まで(1保険医療機関等ごとに月2回まで)

陽病名													診療開始日	年 月 日				
部位													診療日数	日 (日)				
形態	274・180	255・218											転帰	治癒	死亡	中止		
再診	45×	38×	59×											点				
診療	G総診 325	P総診																
検査・注射	内電外注																	
X線検査	パ 317×																	
器具	全顎 枚																	
標	48×	38×																
普処	16×																	
抜	210×																	
	390×																	
植	550×																	
SRP	55×	60×	65×	17×	18×	20×	PCur 55×	60×	65×	17×	18×	20×	切開180×	230×				
抜歯	乳120×	前150×	F1260×	難460×	埋1000×	+100×	揺爬75×	付着150×	GEct 300×	FOp 600×								
その他	弁切140×	I.コンデ110×	歯形修正50×											特定薬剤				
麻酔	伝麻 38×	浸麻23×	1570×	+10×	その他													
歯冠	75×	維持管理	150×	500×	670×	印象	30×	40×	60×	70×	225×	265×	275×	326×	×			
冠形	前 820×	前 685×	+30×	根 155×	充形 120×	咬合	14×	55×	70×	140×	185×	280×						
成	生 290×	尖 155×	+30×	(根面) 40×	修形 120×	試適	40×	80×	100×		190×							
修	活 乳 110×	活 乳 110×		(高洞) 60×		支台メタル	200×	13×	11×	グ 5×	その 2×	EE 43×						
造	一 40×	一 70×				充	52×	充	29×	光 28×	度 12×	他 133×						
復	14K	542×	704×			填	100×	填										
歯	バ大 228×	363×		420×	584×													
冠	ハ小 213×																	
修	二大 185×																	
及	ハ小 185×																	
び	銀大 192×																	
欠	復 188×																	
損	バ大 588×																	
補	二 454×																	
縫	前 装バ																	
その他	1~4歯 588×																	
縫	5~8歯 714×																	
摘	9~11歯 1016×																	
補	12~14歯 1428×																	
縫	総義歯 2288×	装 980×	鉤 399×	両前 276×	二 211×	理 333												
縫	CRインレー	スルフォン床義歯 歯 点×																
その他																		
縫																		
その他																		
摘																		
要																		

福祉医療法別番号を記入

- ・老人医療…法別41、42
- ・乳幼児医療…法別80、81
- ・重度障害者医療…法別43、44、82、83
- ・母子家庭等医療…法別84、85

一部負担金額を記入

＜老人医療＞

- ・一般 定率2割負担で12,000円まで、低所得区分Ⅱ 定率2割負担で8,000円まで、低所得区分Ⅰ 定率1割負担で8,000円まで

＜重度障害者医療、母子家庭等医療＞

- ・一般 1日500円まで、低所得者 1日300円まで(1保険医療機関等ごとに月2回まで)

＜乳幼児医療＞

- ・一般 1日700円まで、低所得者 1日500円まで(1保険医療機関等ごとに月2回まで)

公費分	請求	点	決定	※	点	合計	決定	※	点
患者負担額	(公費)				点				
高額療養費	※	点				点			

公費分請求	点数決定	患者負担額(公費)	高額療養費	合計	決定	一部負担額	減額(円)免除・支払額

○調剤報酬明細書

提出先
1 2
社 国
保 保

平成 年 月分 (28)

都道府 薬局コード
県番号

4 ①社・国 3 老人 1 単独 ②
調 2 公費 4 退職 3 2併 4
剤 3併 6 本外 8 高外 9
家外 0 高外 8

様式第 号
第 次
改訂

給付割合
10 9 8
(7) ()

市 町 村

番号
公費負担者番号
公費負担者番号
公費負担者番号
公費負担者番号

老人医療
の受給者
番号
公費負担
医療の受
給者番号①
公費負担
医療の受
給者番号②

保険者
番号

被保険者証・被保険者

手帳等の記号・番号

氏

名

1男 2女 1明 2大 3
職務上の事由 1職務上 2

特記事項

保険薬局の所在地及び名称

別添6(調剤)

保険医療機関の
所在地及び名称
医師番号

姓 方 年

保 1.
険 2.

福祉医療法別番号を記入

- ・老人医療…法別41、42
- ・乳幼児医療…法別80、81
- ・重度障害者医療…法別43、44、82、83
- ・母子家庭等医療…法別84、85

6.
7.
8.
9.
10.

受 保
付 険
回 公
数 費
数 ①
料 公
費
②

回
回
回

公費分点
点数

薬剤料 調剤数量 調剤料 調剤料 報酬 点 加算 点
点 点 点 点 点 点 点

記載例

一部負担金額を記入

<老人医療>

- ・一般 定率2割負担で12,000円まで、低所得区分Ⅱ 定率2割負担で8,000円まで、
低所得区分Ⅰ 定率1割負担で8,000円まで

<重度障害者医療、母子家庭等医療>

- ・一般 1日500円まで、低所得者 1日300円まで(1保険医療機関等ごとに月2回まで)

<乳幼児医療>

- ・一般 1日700円まで、低所得者 1日500円まで(1保険医療機関等ごとに月2回まで)

摘要

保険請求点※決定点一部	調剤基本料	時間料等加算	指 導 料
公費①	点	点	点
公費②	点	点	点

減額 割 (円)

支払額

円

円