

ORCAサポートセンタ様

兵庫県国民健康保険団体連合会

制度改正に伴う請求様式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、平素から格別の御理解を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、平成18年10月1日からの現役並み所得を有する高齢者患者負担の見直し（2割3割）等に伴い、下記のとおり取扱いますので、貴会会員へ周知いただきますようお願い申し上げます。

記

1 70歳以上高齢者患者負担の見直し

(1) 一部負担割合

区分	平成18年7月以前	平成18年8月及び9月	平成18年10月以降
現役並み所得者	2割負担		3割負担
経過措置対象者	1割負担	2割負担	3割負担
一般	1割負担		

(2) 自己負担限度額

区分		平成18年9月以前	平成18年10月以降
現役並み所得者	入院	72,300円 + (医療費 - 361,500円) × 1% [40,200円]	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% [44,400円]
	入院外	40,200円	44,400円
経過措置対象者	入院	40,200円	44,400円
	入院外	12,000円	
一般	入院	40,200円	44,400円
	入院外	12,000円	
低所得者	入院	24,600円	
	入院外	8,000円	
低所得者	入院	15,000円	
	入院外	8,000円	

・ [] 内の金額は多数回該当の場合

上記「(1)」及び「(2)」の表における「経過措置対象者」とは、現役並み所得者の判定基準とする収入額の改正により「新たに現役並み所得者に移行する者」をいう。

2 70歳未満の自己負担限度額の見直し

区 分	平成18年9月以前	平成18年10月以降
上位所得者	139,800円 + (医療費 - 466,000円) × 1% [77,700円]	150,000円 + (医療費 - 500,000円) × 1% [83,400円]
一 般	72,300円 + (医療費 - 241,000円) × 1% [40,200円]	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% [44,400円]
低所得者	35,400円 [24,600円]	

- ・ [] 内の金額は多数回該当の場合
- ・ 平成18年10月以降人工透析を要する上位所得者は、自己負担額 2 万円

3 請求様式の変更

- (1) 様式名、変更箇所及び新様式
別添 1 のとおり
- (2) 変更時期
平成18年10月診療分（11月請求）から変更します。
- (3) 様式の取扱いについて
別添 2 のとおり

4 兵庫県歯科医師国保組合（保険者番号：283069）の一部負担割合の変更に伴う取扱い

兵庫県歯科医師国保組合の70歳以上一定以上所得者の負担割合（平成18年11月30日まで 2 割負担、平成18年12月 1 日から 3 割負担）については、平成18年 9 月11日付け事務連絡で通知いたしましたが、平成18年11月診療以前分と平成18年12月診療以降分のレセプト請求及び請求書の記載方法等は、上記「3」の「(3)」に準じた取扱いとします。

< 参考：兵庫県歯科医師国保組合と他保険者の70歳以上一定以上所得者割合の比較 >

区 分	平成 18 年 9 月 以前	平成18年10月 及び11月	平成18年12月 以降
兵庫県歯科医師国保組合	2 割負担		3 割負担
他保険者	2 割負担	3 割負担	

5 福祉医療（老人医療費助成事業「法別：41・42」）に係る自己負担額の見直し

平成18年10月 1 日からの老人保健法の改正に伴い、老人医療費助成事業受給者の一般区分の自己負担限度額が40,200円から44,400円に変更となっていますので、請求の際は御留意願います。

なお、負担割合、外来・低所得者の自己負担限度額に変更はありません。

< 参考：平成18年10月1日以降老人医療費助成事業の自己負担限度額 >

制 度	区 分	入 院	外 来
老 人 (法別41、42)	一 般	2 割負担で44,400円まで	2 割負担で12,000円まで
	低所得区分	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	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

6 別紙（新様式等）

- 「診療報酬請求書（医科・歯科）」…紙レセプト用様式
- 「診療報酬請求書（医科・歯科）」…磁気（FD・MO・CD-R）レセプト用様式
- 「調剤報酬請求書」
- 「老人訪問看護療養費・訪問看護療養費請求書」
- 「福祉医療費請求書（社保用）」…医科、歯科様式
- 「福祉医療費請求書（社保用）」…調剤様式
- 「高高齢重度障害者医療費請求書」…医科、歯科様式
- 「高高齢重度障害者医療費請求書」…調剤様式
- 「兵庫県国民健康保険・保険者等一覧表」（平成18年10月1日現在）
- 「兵庫県国民健康保険・保険者等一覧表」（平成18年12月1日現在）

<担当>

業務管理部 管理課 管理係
TEL (078) 332-5633

別添 1

様式の変更箇所及び新様式について

	様式名	変更箇所	新様式	備考										
1	診療報酬請求書（医科・歯科） 紙レセプト様式	<ul style="list-style-type: none"> 国民健康保険一般被保険者欄「70歳以上8割」を「70歳以上7割」に改める。 国民健康保険退職者欄「70歳以上8割」を「70歳以上7割」に改める。 老人保健欄「老人8割」を「老人7割」に改める。 「食事療養費」欄を「食事療養・生活療養」欄に改める。 公費負担医療欄「標準負担額」を「標準負担額（公費分）」に改める。 返戻欄の枠幅を請求欄の枠幅と同様に改める。 	別紙1のとおり	70歳以上高齢者の患者負担及び療養病床に入院する70歳以上高齢者の食費・居住費の見直し等による様式変更										
2	診療報酬請求書（医科・歯科） 磁気（FD・MO・CD-R）レセプト様式	<ul style="list-style-type: none"> 老人保健欄「老人8割」を「老人7割」に改める。 国民健康保険一般被保険者欄「一般（70以上8割）」を「一般（70以上7割）」に改める。 国民健康保険退職者欄「70歳以上8割」を「70歳以上7割」に改める。 「食事療養」欄を「食事療養・生活療養」欄に改める。 	別紙2のとおり	“ （ 請求省令どおり）										
3	調剤報酬請求書	<ul style="list-style-type: none"> 国民健康保険一般被保険者欄「70歳以上8割」を「70歳以上7割」に改める。 国民健康保険退職者欄「70歳以上8割」を「70歳以上7割」に改める。 老人保健欄「老人8割」を「老人7割」に改める。 	別紙3のとおり	70歳以上高齢者の患者負担見直しによる様式変更										
4	老人訪問看護療養費・訪問看護療養費請求書	<ul style="list-style-type: none"> 国民健康保険一般被保険者欄「70歳以上8割」を「70歳以上7割」に改める。 国民健康保険退職者欄「70歳以上8割」を「70歳以上7割」に改める。 老人保健欄「老人8割」を「老人7割」に改める。 	別紙4のとおり	“										
5	福祉医療費請求書（社保用） 医科・歯科様式	<ul style="list-style-type: none"> 注欄「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②を記載してください。」を「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②を記載してください。ただし、上位所得者で自己負担額が2万円の場合は、受給者氏名欄左欄外に（長2）と記載し、備考欄に①6を記載してください。」に改める。 	別紙5のとおり	70歳未満人工透析を要する上位所得者の自己負担額の見直しによる変更										
6	福祉医療費請求書（社保用） 調剤様式	<ul style="list-style-type: none"> 上記「5」と同様 	別紙6のとおり	“										
7	Ⓓ 高齢重度障害者医療費請求書 医科・歯科様式	<ul style="list-style-type: none"> 割合欄「<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td colspan="2">割合</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>」を「<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td colspan="3">割合</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr></table>」に改める。 	割合		1	2	割合			1	2	3	別紙7のとおり	70歳以上高齢者の患者負担見直しによる様式変更
割合														
1	2													
割合														
1	2	3												
8	Ⓓ 高齢重度障害者医療費請求書 調剤様式	<ul style="list-style-type: none"> 上記「7」と同様 	別紙8のとおり	“										

様式の見直しについて

以下の「1」～「4」及び「7」の見直しについて、兵庫県歯科医師国民健康保険組合（保険者番号：283069）の場合は、「平成18年9月診療以前分」を「平成18年11月診療以前分」に、「平成18年10月診療以降分」を「平成18年12月診療以降分」に読み替えることとします。

1 診療報酬請求書（医科・歯科）…紙レセプト用様式

(1) 新様式の請求事例

ア 国民健康保険一般被保険者又は退職者

(ア) 平成18年9月診療以前分の70歳以上8割請求がある場合

(例) 入院外8割、1件、2日、2,500点

70歳以上7割	入院			
	入院外	1	2	2,500

一般被保険者又は退職者の「70歳以上7割」欄に記載してください。

(イ) 平成18年9月診療以前分の70歳以上8割請求と平成18年10月診療以降分の70歳以上7割請求の両方請求がある場合

(例) 入院外7割、1件、3日、5,000点

入院外8割、1件、2日、2,500点

70歳以上7割	入院			
	入院外	2	5	7,500

一般被保険者又は退職者の「70歳以上7割」欄に併せて記載してください。

なお、8割請求分を旧様式に分けて請求いただいた場合も取扱います。

イ 老人保健

取直しは、上記「ア」の「(ア)」及び「(イ)」と同様とします。ただし、老人保健請求の記載は老人保健の「老人7割」欄に記載してください。

(2) 旧様式の請求事例

ア 国民健康保険一般被保険者又は退職者

(ア) 平成18年10月診療以降分の70歳以上7割請求がある場合

(例) 入院外7割、1件、3日、5,000点

70歳以上8割	入院			
	入院外	1	3	5,000

一般被保険者又は退職者の「70歳以上8割」欄に記載してください。

(イ) 平成18年9月診療以前分の70歳以上8割請求と平成18年10月診療以降分の70歳以上7割請求の両方請求がある場合

(例) 入院外7割、1件、3日、5,000点

入院外8割、1件、2日、2,500点

70歳以上8割	入院			
	入院外	2	5	7,500

一般被保険者又は退職者の「70歳以上8割」欄に併せて記載してください。

なお、7割請求分を新様式に分けて請求いただいた場合も取扱います。

イ 老人保健

取直しは、上記「ア」の「(ア)」及び「(イ)」と同様とします。ただし、老人保健請求の記載は老人保健の「老人8割」欄に記載してください。

2 診療報酬請求書（医科・歯科）…磁気（FD・MO・CD-R）レセプト用様式

(1) 新様式の請求事例

ア 国民健康保険一般被保険者

(ア) 平成18年9月診療以前分の70歳以上8割請求がある場合

(例) 入院外8割、1件、2,500点

一般（70以上7割）		
件数	点数	一部負担金
1	2,500	

一般被保険者の「一般（70以上7割）」欄に記載してください。

(イ) 平成18年9月診療以前分の70歳以上8割請求と平成18年10月診療以降分の70歳以上7割請求の両方請求がある場合

(例) 入院外7割、1件、5,000点

入院外8割、1件、2,500点

一般（70以上7割）		
件数	点数	一部負担金
2	7,500	

一般被保険者の「一般（70以上7割）」欄に併せて記載してください。

なお、8割請求分を旧様式に分けて請求いただいた場合も取扱います。

イ 退職者

取扱いは、上記「ア」の「(ア)」及び「(イ)」と同様とします。ただし、退職者請求の記載は退職者の「70歳以上7割」欄に記載してください。

ウ 老人保健

取扱いは、上記「ア」の「(ア)」及び「(イ)」と同様とします。ただし、老人保健請求の記載は老人保健の「老人7割」欄に記載してください。

(2) 旧様式の請求事例

ア 国民健康保険一般被保険者

(ア) 平成18年10月診療以降分の70歳以上7割請求がある場合

(例) 入院外7割、1件、5,000点

一般（70以上8割）		
件数	点数	一部負担金
1	5,000	

一般被保険者の「一般（70以上8割）」欄に記載してください。

(イ) 平成18年9月診療以前分の70歳以上8割請求と平成18年10月診療以降分の70歳以上7割請求の両方請求がある場合

(例) 入院外7割、1件、5,000点

入院外8割、1件、2,500点

一般（70以上8割）		
件数	点数	一部負担金
2	7,500	

一般被保険者の「一般（70以上8割）」欄に併せて記載してください。

なお、7割請求分を新様式に分けて請求いただいた場合も取扱います。

イ 退職者

取扱いは、上記「ア」の「(ア)」及び「(イ)」と同様とします。ただし、退職者請求の記載は退職者の「70歳以上8割」欄に記載してください。

ウ 老人保健

取扱いは、上記「ア」の「(ア)」及び「(イ)」と同様とします。ただし、老人保健請求の記載は老人保健の「老人8割」欄に記載してください。

3 調剤報酬請求書

(1) 新様式の請求事例

ア 国民健康保険一般被保険者又は退職者

(ア) 平成18年9月診療以前分の70歳以上8割請求がある場合

(例) 入院外8割、1件、2日、2,500点

70歳以上 7割	1	2	2,500
-------------	---	---	-------

一般被保険者又は退職者の「70歳以上7割」欄に記載してください。

(イ) 平成18年9月診療以前分の70歳以上8割請求と平成18年10月診療以降分の70歳以上7割請求の両方請求がある場合

(例) 入院外7割、1件、3日、5,000点

入院外8割、1件、2日、2,500点

70歳以上 7割	2	5	7,500
-------------	---	---	-------

一般被保険者又は退職者の「70歳以上7割」欄に併せて記載してください。

なお、8割請求分を旧様式に分けて請求いただいた場合も取扱います。

イ 老人保健

取扱いは、上記「ア」の「(ア)」及び「(イ)」と同様とします。ただし、老人保健請求の記載は老人保健の「老人7割」欄に記載してください。

(2) 旧様式の請求事例

ア 国民健康保険一般被保険者又は退職者

(ア) 平成18年10月診療以降分の70歳以上7割請求がある場合

(例) 入院外7割、1件、3日、5,000点

70歳以上 8割	1	3	5,000
-------------	---	---	-------

一般被保険者又は退職者の「70歳以上8割」欄に記載してください。

(イ) 平成18年9月診療以前分の70歳以上8割請求と平成18年10月診療以降分の70歳以上7割請求の両方請求がある場合

(例) 入院外7割、1件、3日、5,000点

入院外8割、1件、2日、2,500点

70歳以上 8割	2	5	7,500
-------------	---	---	-------

一般被保険者又は退職者の「70歳以上8割」欄に併せて記載してください。

なお、7割請求分を新様式に分けて請求いただいた場合も取扱います。

イ 老人保健

取扱いは、上記「ア」の「(ア)」及び「(イ)」と同様とします。ただし、老人保健請求の記載は老人保健の「老人8割」欄に記載してください。

4 老人訪問看護療養費・訪問看護療養費請求書

(1) 新様式の請求事例

ア 国民健康保険一般被保険者又は退職者

(ア) 平成18年9月診療以前分の70歳以上8割請求がある場合

(例) 入院外8割、1件、2日、25,000円

70歳以上 7割	1	2	25,000
-------------	---	---	--------

一般被保険者又は退職者の「70歳以上7割」欄に記載してください。

(イ) 平成18年9月診療以前分の70歳以上8割請求と平成18年10月診療以降分の70歳以上7割請求の両方請求がある場合

(例) 入院外7割、1件、3日、50,000円

入院外8割、1件、2日、25,000円

70歳以上 7割	2	5	75,000
-------------	---	---	--------

一般被保険者又は退職者の「70歳以上7割」欄に併せて記載してください。

なお、8割請求分を旧様式に分けて請求いただいた場合も取扱います。

イ 老人保健

取繕いは、上記「ア」の「(ア)」及び「(イ)」と同様とします。ただし、老人保健請求の記載は老人保健の「老人7割」欄に記載してください。

(2) 旧様式の請求事例

ア 国民健康保険一般被保険者又は退職者

(ア) 平成18年10月診療以降分の70歳以上7割請求がある場合

(例) 入院外7割、1件、3日、50,000円

70歳以上 8割	1	3	50,000
-------------	---	---	--------

一般被保険者又は退職者の「70歳以上8割」欄に記載してください。

(イ) 平成18年9月診療以前分の70歳以上8割請求と平成18年10月診療以降分の70歳以上7割請求の両方請求がある場合

(例) 入院外7割、1件、3日、50,000円

入院外8割、1件、2日、25,000円

70歳以上 8割	2	5	75,000
-------------	---	---	--------

一般被保険者又は退職者の「70歳以上8割」欄に併せて記載してください。

なお、7割請求分を新様式に分けて請求いただいた場合も取扱います。

イ 老人保健

取繕いは、上記「ア」の「(ア)」及び「(イ)」と同様とします。ただし、老人保健請求の記載は老人保健の「老人8割」欄に記載してください。

5 福祉医療費請求書(社保用)…医科、歯科様式及び調剤様式

- ・ 高額長期疾病分(上位所得者で自己負担額が2万円)の請求を行う際は、受給者氏名欄左欄外に「**長2**」と記載し、備考欄に「 」を記載してください。

6 **高** 高齢重度障害者医療費請求書…医科、歯科様式及び調剤様式

- ・ 当分の間は、旧様式で請求いただいても差し支えありません。ただし、旧様式を使用して3割分の請求を行う際は、割合欄の空白箇所に「 」を記載してください。

7 70歳以上現役並み所得者に係るレセプト請求

(1) 医科・歯科

ア 平成18年9月診療以前分のレセプトを請求する場合

- ・ 旧様式レセプトを使用してください。
〔 入院：「本人・家族」欄が「9 高入 8」となっているレセプトを使用する。〕
〔 外来：「本人・家族」欄が「0 高外 8」となっているレセプトを使用する。〕
- ・ 新様式レセプトを使用する場合は、「本人・家族」欄を訂正してください。
〔 入院：「本人・家族」欄の「9 高入 7」を「9 高入 8」に訂正する。〕
〔 外来：「本人・家族」欄の「0 高外 7」を「0 高外 8」に訂正する。〕

イ 平成18年10月診療以降分のレセプトを請求する場合

- ・ 新様式レセプトを使用してください。
〔 入院：「本人・家族」欄が「9 高入 7」となっているレセプトを使用する。〕
〔 外来：「本人・家族」欄が「0 高外 7」となっているレセプトを使用する。〕
- ・ 旧様式レセプトを使用する場合は、「本人・家族」欄を訂正してください。
〔 入院：「本人・家族」欄の「9 高入 8」を「9 高入 7」に訂正する。〕
〔 外来：「本人・家族」欄の「0 高外 8」を「0 高外 7」に訂正する。〕

(2) 調剤

ア 平成18年9月診療以前分のレセプトを請求する場合

- ・ 旧様式レセプトを使用してください。
〔 「本人・家族」欄が「0 高外 8」となっているレセプトを使用する。〕
- ・ 新様式レセプトを使用する場合は、「本人・家族」欄を訂正してください。
〔 「本人・家族」欄の「0 高外 7」を「0 高外 8」に訂正する。〕

イ 平成18年10月診療以降分のレセプトを請求する場合

- ・ 新様式レセプトを使用してください。
〔 「本人・家族」欄が「0 高外 7」となっているレセプトを使用する。〕
- ・ 旧様式レセプトを使用する場合は、「本人・家族」欄を訂正してください。
〔 「本人・家族」欄の「0 高外 8」を「0 高外 7」に訂正する。〕

(3) 訪問看護

ア 平成18年9月診療以前分のレセプトを請求する場合

- ・ 旧様式レセプトを使用してください。
〔 「本人・家族」欄が「0 高齢 8」となっているレセプトを使用する。〕
- ・ 新様式レセプトを使用する場合は、「本人・家族」欄を訂正してください。
〔 「本人・家族」欄の「0 高齢 7」を「0 高齢 8」に訂正する。〕

イ 平成18年10月診療以降分のレセプトを請求する場合

- ・ 新様式レセプトを使用してください。
〔 「本人・家族」欄が「0 高齢 7」となっているレセプトを使用する。〕
- ・ 旧様式レセプトを使用する場合は、「本人・家族」欄を訂正してください。
〔 「本人・家族」欄の「0 高齢 8」を「0 高齢 7」に訂正する。〕

平成 年 月分
 保険者

診療報酬請求書 (医科・歯科)

様式第六

保険医療機関の
 所在地及び名称
 開設者氏名

様

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

保 険 者 番 号	県 番 号	医 療 機 関 コ ー ド
	2 8	

印

請 求 区 分	療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養				
	件 数	診 療 実 日 数	点 数	一 部 負 担 金	件 数	回 数	金 額	標 準 負 担 額	
国民健康保険	一般被保険者	70歳以上9割	入院					円	円
		入院外							
	一般被保険者	70歳以上7割	入院						
		入院外							
	3歳未満	入院							
		入院外							
	本人	入院							
		入院外							
	退職者	70歳以上9割	入院						
		入院外							
	被扶者	70歳以上7割	入院						
		入院外							
	3歳未満	入院							
		入院外							
老人保健	老人9割	入院							
	入院外								
請求合計	老人7割	入院							
	入院外								
決定合計	入院								
	入院外								

請 求 区 分	療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養				
	件 数	診 療 実 日 数	点 数	一 部 負 担 金	件 数	回 数	金 額	標 準 負 担 額 (公費分)	
公費負担医療	入院							円	円
		入院外							
	入院								
		入院外							

	総 計 誤 算		増 減 状 況	
	増 点	減 点	増 点	減 点
入院				
入院外				

高 額 療 養 費			
一 般 被 保 険 者		退 職 者	
件 数	金 額	件 数	金 額
	円		円

件	円
件	円

返 戻	療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養			
	件 数	診 療 実 日 数	点 数	一 部 負 担 金	件 数	回 数	金 額	標 準 負 担 額
入院								
入院外								

備考 1 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
 2 表については、太線の表のみ記入してください。

調剤報酬請求書

様式第八

平成 年 月 分

保険者

保険薬局の

所在地及び名称

様

開設者氏名

印

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

保険者番号	県番号	薬局コード
	28	

請求区分		件数	処方せん受付回数	点数	一部負担金	備考	
国民健康保険	一般被保険者	70歳以上9割			円		
		70歳以上7割					
		一般被保険者					
		3歳未満					
	退職者	本人					
		70歳以上9割					
		70歳以上7割					
		被扶養者					
		3歳未満					
	老人保健	老人9割					
老人7割							
請求合計							
決定合計							

請求区分	件数	処方せん受付回数	点数	一部負担金
公費負担医療				円

総計誤算		増減状況	
増点	減点	増点	減点

高額療養費	件数	金額
一般被保険者		円
退職者		円

返戻	件数	処方せん受付回数	点数	一部負担金
				円

備考 1 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
2 表については、太線の表のみ記入してください。

老人訪問看護療養費・訪問看護療養費請求書

様式第二

平成 年 月分

訪問看護ステーション

保険者

の所在地及び名称

指定訪問看護事業者氏名

印

様

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

保険者番号				県番号	ステーションコード
				28	

請求区分		件数	日数	金額	結核・精神各法負担金額	備考
国民健康保険	一般被保険者	70歳以上9割			円	円
		70歳以上7割				
		一般被保険者				
		3歳未満				
	退職者	本人				
		70歳以上9割				
		70歳以上7割				
		被扶養者				
		3歳未満				
	老人保健	老人9割				
老人7割						
請求合計						
決定合計						

請求区分	件数	日数	金額	結核・精神各法負担金額	患者負担額
公費負担医療	結核予防法第35条			円	円
				円	

総計誤算		増減状況	
増額	減額	増額	減額
円	円	円	円

高額療養費	件数	金額
一般被保険者		円
退職者		

件	円
件	円

返戻	件数	日数	金額	結核・精神各法負担金額	基本利用料
			円	円	円

備考 1 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
2 表については、太線の表のみ記入してください。

福祉医療費請求書 (社保用)

平成 年 月分下記のとおり請求する。
平成 年 月 日

保険医療機関

所在地
名称
開設者氏名 (印)

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				
	市・(町)長様				2 8 9 9 9 1		2 8					医科	歯科	1	2	3
												1	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	県番号	実施主体							
1							1				
2							2				
3							1				
4							2				
5							1				
6							2				
7							1				
8							2				
9							1				
10							2				
11							1				
12							2				
13							1				
14							2				
15							1				
16							2				
17							1				
18							2				
19							1				
20							2				
請求合計											
決定合計											

- (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18年10月生の場合、41810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。ただし、上位所得者で自己負担額が2万円の場合は、受給者氏名欄左欄外に(長2)と記載し、備考欄に(16)を記載してください。

福祉医療費請求書 (社保用)

平成 年 月分下記のとおり請求する。
平成 年 月 日

所在地
名称
開設者氏名

(印)

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			
	市・(町)長様	2 8 9 9 9 1	2 8		調剤 4	1	2	3

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
		法別	県番号	実施主体						
1							2			
2							2			
3							2			
4							2			
5							2			
6							2			
7							2			
8							2			
9							2			
10							2			
11							2			
12							2			
13							2			
14							2			
15							2			
16							2			
17							2			
18							2			
19							2			
20							2			
請求合計					件	日	点	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18年10月生の場合、41810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。ただし、上位所得者で自己負担額が2万円の場合は、受給者氏名欄左欄外に (長2) と記載し、備考欄に (16) を記載してください。

<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 10px;">高</div> <h2 style="margin: 0;">高齢重度障害者医療費請求書</h2> </div> <p style="margin-top: 10px;">平成 年 月分下記のとおり請求する。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p>	保 険 医 療 機 関	所 在 地	
	名 称		
	開 設 者 氏 名	(印)	

請 求 先		保 険 者 コ ー ド	県 番 号	保 険 医 療 機 関 コー ド	表 別		割 合		
	市・(町)長 様	2 8 9 9 8 3	2 8		医 科	歯 科	1	2	3
		1	3						

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	県 番 号	実 施 主 体								
1		2	7	2	8			1				
2		2	7	2	8			2				
3		2	7	2	8			1				
4		2	7	2	8			2				
5		2	7	2	8			1				
6		2	7	2	8			2				
7		2	7	2	8			1				
8		2	7	2	8			2				
9		2	7	2	8			1				
10		2	7	2	8			2				
11		2	7	2	8			1				
12		2	7	2	8			2				
13		2	7	2	8			1				
14		2	7	2	8			2				
15		2	7	2	8			1				
16		2	7	2	8			2				
17		2	7	2	8			1				
18		2	7	2	8			2				
19		2	7	2	8			1				
20		2	7	2	8			2				
請 求 合 計								件	点	円	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。

入・外欄の入院は「1」、外来は「2」に 印を付してください。

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。(月の途中で国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、入院の一部負担金及び入院外(在医総管、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り)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。

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。

<div style="text-align: center;"> 高 高齢重度障害者医療費請求書 </div> <p style="margin-top: 10px;">平成 年 月分下記のとおり請求する。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p>	保 険 薬 局	所 在 地	
	名 称		
	開 設 者 氏 名	(印)	

請 求 先	保 険 者 コ ー ド	県 番 号	保 険 薬 局 コ ー ド	表 別	割 合		
	2 8 9 9 8 3	2 8		調 剤	1	2	3
				4			

受 給 者 氏 名	生 年 月	市・(町)長 様			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
		法 別	県 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							件	点	円	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。(月の途中で国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。

兵庫県国民健康保険・保険者等一覧表(2/1)

[29市・12町・10国保組合(全国組織の2国保組合を含む。)]

平成18年10月1日現在

保険者名	保険者番号	患者負担			保険者名	保険者番号	患者負担		
		自立支援	結核				自立支援	結核	
		精神	34条	35条			精神	34条	35条
(神戸市)	284000				(川辺郡)				
東灘区	284018	注			猪名川町	280222			
灘区	284026	注			(多可郡)				
中央区	284034	注			多可町	280271			
兵庫区	284059	注			(加古郡)				
長田区	284067	注			稲美町	280313			
須磨区	284075	注			播磨町	280321			
垂水区	284083	注			(神崎郡)				
北区	284091	注			市川町	280370			
北須磨支所	284109	注			福崎町	280396			
西区	284117	注			神河町	280404			
(市部)					(揖保郡)				
姫路市	280024				太子町	280420			
尼崎市	280032				(赤穂郡)				
明石市	280040				上郡町	280453			
西宮市	280057				(佐用郡)				
洲本市	280065				佐用町	280461			
芦屋市	280073				(美方郡)				
伊丹市	280081				香美町	280578			
相生市	280099				新温泉町	280628			
加古川市	280115								
赤穂市	280131								
西脇市	280149								
宝塚市	280156								
三木市	280164								
高砂市	280172								
川西市	280180								
小野市	280198								
三田市	280206								
加西市	280214								
加東市	280248								
たつの市	280438								
宍粟市	280503								
養父市	280651								
朝来市	280701								
丹波市	280735								
篠山市	280792								
淡路市	280867								
南あわじ市	280933								
豊岡市	280958								

「保険者名」、「保険者番号」、「一部負担金」等は、被保険者証又は高齢受給者証等を必ず確認してください。

一部負担金割合等

- (1) 市・郡部の保険者...世帯主・非世帯主とも3割
- (2) 3歳未満...2割
- (3) 高齢受給者...高齢受給者証に示す割合(1割又は3割)(ただし、兵庫県歯科医師国保組合は1割又は2割)
- (4) 「」は、障害者自立支援医療(精神通院医療)、結核予防法(第34条・第35条)の患者負担はありません。
- (5) 「注」は、障害者自立支援医療(精神通院医療)の患者負担が軽減となっています。

兵庫県国民健康保険・保険者等一覧表(2/2)

平成18年10月1日現在

保険者名	保険者番号	一部負担金の割合(窓口徴収率)		患者負担		
				自立支援	結核	
		組合員	その他	精神	34条	35条
(国保組合)						
兵庫食糧	283010	3	3			
明石浦	283028	3	3			
神戸中央卸売市場	283036	3	3			
兵庫県食品	283051	3	3			
兵庫県歯科医師	283069	甲種本人入院2 甲種本人外来2 乙種本人入院2 乙種本人外来3	甲種家族入院2 甲種家族外来3 乙種家族入院3 乙種家族外来3			
兵庫県医師	283077	3	3			
兵庫県薬剤師	283085	3	3			
兵庫県建設	283093	3	3			
(全国組織の国保組合)						
*全国土木建築	133033	3	3			
*全国建設工事業	133298	3	3			

「保険者名」、「保険者番号」、「一部負担金」等は、被保険者証又は高齢受給者証等を必ず確認してください。
「*」の全国組織の国保組合は、県内保険者と同様に扱ってください。

一部負担金割合等
(1) 市・郡部の保険者...世帯主・非世帯主とも3割
(2) 3歳未満...2割
(3) 高齢受給者...高齢受給者証に示す割合(1割又は3割)(ただし、兵庫県歯科医師国保組合は1割又は2割)
(4) 「」は、障害者自立支援医療(精神通院医療)、結核予防法(第34条・第35条)の患者負担はありません。

法別番号	医療種別	法別番号	医療種別
67	退職者医療	30	心神喪失等
27	老人保健	41	老人医療費(老) 県
10	結核予防法第34条(一般医療)	42	老人医療費(老) 市・町
11	結核予防法第35条(命令入所等)	43	重度精神障害者医療(障) 県
12	生活保護法	44	重度精神障害者医療(障) 市・町
13	戦傷病者(療養の給付)	51	特定疾患治療費(特)
14	戦傷病者(更生医療)	52	小児慢性治療費(特)
15	障害者自立支援医療(更生医療)	53	児童福祉法(措置児童医療)
16	障害者自立支援医療(育成医療)	66	石綿被害者医療
17	児童福祉(療養の給付)	79	障害児施設医療
18	原爆医療(認定医療)	80	乳幼児医療費(乳) 県
19	原爆医療(一般医療)	81	乳幼児医療費(乳) 市・町
20	精神保健法第29条(措置入院)	82	重度心身障害者医療(障) 県
21	障害者自立支援医療(精神通院医療)	83	重度心身障害者医療(障) 市・町
22	麻薬取締法	84	母子家庭等医療費(母) 市・町
23	母子保健(養育医療)	85	母子家庭等医療費(母) 県
24	療養介護医療	86	難病特疾治療(難)
28	一類感染症等の患者の入院		高齢重度障害者医療(高) 県・市・町
29	新感染症の患者の入院		

診療報酬の受付締切日は、毎月10日です。

提出協力日は、毎月8日(平日のみ)です。

兵庫県国民健康保険団体連合会

〒650-0021

神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号(センタープラザ11階・15階・16階・17階・18階)

TEL (078)332-5601(代表)

FAX (078)332-0986

兵庫県国民健康保険・保険者等一覧表(2/1)

[29市・12町・10国保組合(全国組織の2国保組合を含む。)]

平成18年12月1日現在

保険者名	保険者番号	患者負担			保険者名	保険者番号	患者負担		
		自立支援	結核				自立支援	結核	
		精神	34条	35条			精神	34条	35条
(神戸市)	284000				(川辺郡)				
東灘区	284018	注			猪名川町	280222			
灘区	284026	注			(多可郡)				
中央区	284034	注			多可町	280271			
兵庫区	284059	注			(加古郡)				
長田区	284067	注			稲美町	280313			
須磨区	284075	注			播磨町	280321			
垂水区	284083	注			(神崎郡)				
北区	284091	注			市川町	280370			
北須磨支所	284109	注			福崎町	280396			
西区	284117	注			神河町	280404			
(市部)					(揖保郡)				
姫路市	280024				太子町	280420			
尼崎市	280032				(赤穂郡)				
明石市	280040				上郡町	280453			
西宮市	280057				(佐用郡)				
洲本市	280065				佐用町	280461			
芦屋市	280073				(美方郡)				
伊丹市	280081				香美町	280578			
相生市	280099				新温泉町	280628			
加古川市	280115								
赤穂市	280131								
西脇市	280149								
宝塚市	280156								
三木市	280164								
高砂市	280172								
川西市	280180								
小野市	280198								
三田市	280206								
加西市	280214								
加東市	280248								
たつの市	280438								
宍粟市	280503								
養父市	280651								
朝来市	280701								
丹波市	280735								
篠山市	280792								
淡路市	280867								
南あわじ市	280933								
豊岡市	280958								

「保険者名」、「保険者番号」、「一部負担金」等は、被保険者証又は高齢受給者証等を必ず確認してください。

一部負担金割合等

- (1) 市・郡部の保険者...世帯主・非世帯主とも3割
- (2) 3歳未満...2割
- (3) 高齢受給者...高齢受給者証に示す割合(1割又は3割)
- (4) 「注」は、障害者自立支援医療(精神通院医療)、結核予防法(第34条・第35条)の患者負担はありません。
- (5) 「注」は、障害者自立支援医療(精神通院医療)の患者負担が軽減となっています。

兵庫県国民健康保険・保険者等一覧表(2/2)

平成18年12月1日現在

保険者名	保険者番号	一部負担金の割合(窓口徴収率)		患者負担		
				自立支援	結核	
		組合員	その他	精神	34条	35条
(国保組合)						
兵庫食糧	283010	3	3			
明石浦	283028	3	3			
神戸中央卸売市場	283036	3	3			
兵庫県食品	283051	3	3			
兵庫県歯科医師	283069	3	3			
兵庫県医師	283077	3	3			
兵庫県薬剤師	283085	3	3			
兵庫県建設	283093	3	3			
(全国組織の国保組合)						
*全国土木建築	133033	3	3			
*全国建設工事業	133298	3	3			

「保険者名」、「保険者番号」、「一部負担金」等は、被保険者証又は高齢受給者証等を必ず確認してください。

「*」の全国組織の国保組合は、県内保険者と同様に扱ってください。

一部負担金割合等

- (1) 市・郡部の保険者...世帯主・非世帯主とも3割
- (2) 3歳未満...2割
- (3) 高齢受給者...高齢受給者証に示す割合(1割又は3割)
- (4) 「」は、障害者自立支援医療(精神通院医療)、結核予防法(第34条・第35条)の患者負担はありません。

法別番号	医療種別	法別番号	医療種別
67	退職者医療	30	心神喪失等
27	老人保健	41	老人医療費(老) 県
10	結核予防法第34条(一般医療)	42	老人医療費(老) 市・町
11	結核予防法第35条(命令入所等)	43	重度精神障害者医療(障) 県
12	生活保護法	44	重度精神障害者医療(障) 市・町
13	戦傷病者(療養の給付)	51	特定疾患治療費(特)
14	戦傷病者(更生医療)	52	小児慢性治療費(特)
15	障害者自立支援医療(更生医療)	53	児童福祉法(措置児童医療)
16	障害者自立支援医療(育成医療)	66	石綿被害者医療
17	児童福祉(療養の給付)	79	障害児施設医療
18	原爆医療(認定医療)	80	乳幼児医療費(乳) 県
19	原爆医療(一般医療)	81	乳幼児医療費(乳) 市・町
20	精神保健法第29条(措置入院)	82	重度心身障害者医療(障) 県
21	障害者自立支援医療(精神通院医療)	83	重度心身障害者医療(障) 市・町
22	麻薬取締法	84	母子家庭等医療費(母) 市・町
23	母子保健(養育医療)	85	母子家庭等医療費(母) 県
24	療養介護医療	86	難病特疾治療(難)
28	一類感染症等の患者の入院		高齢重度障害者医療(高) 県・市・町
29	新感染症の患者の入院		

診療報酬の受付締切日は、毎月10日です。

提出協力日は、毎月8日(平日のみ)です。

兵庫県国民健康保険団体連合会

〒650-0021

神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号(センタープラザ11階・15階・16階・17階・18階)

TEL (078)332-5601(代表)

FAX (078)332-0986

平成 年 月分
 保険者

診療報酬請求書 (医科・歯科)

保険医療機関の
 所在地及び名称
 開設者氏名

別紙1

様式第六

様

下記のとおり請求する。

保 険 者 番 号	県 番 号	医 療 機 関 コ ー ド
	2 8	

平成 年 月 日

印

請 求 区 分	療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養				
	件 数	診 療 実 日 数	点 数	一 部 負 担 金	件 数	回 数	金 額	標 準 負 担 額	
国民健康保険	70歳以上9割	入院			円			円	円
		入院外							
	70歳以上7割	入院							
		入院外							
	一般被保険者	入院							
		入院外							
	3歳未満	入院							
		入院外							
	本人	入院							
		入院外							
	70歳以上9割	入院							
		入院外							
70歳以上7割	入院								
	入院外								
被扶養者	入院								
	入院外								
3歳未満	入院								
	入院外								
老人保健	老人9割	入院							
	老人9割	入院外							
老人7割	入院								
	入院外								
請求合計	入院				円			円	円
	入院外							円	円
決定合計	入院							円	円
	入院外								

請 求 区 分	療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養				
	件 数	診 療 実 日 数	点 数	一 部 負 担 金	件 数	回 数	金 額	標 準 負 担 額 (公費分)	
公費負担医療	入院				円				円
		入院外							
	入院								
		入院外							

総 計	増 点	減 点	増 点	減 点	費 職 者	件 円
	増 点	減 点	増 点	減 点		
入院					円	件 円
入院外					円	件 円

返 戻	療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養			
	件 数	診 療 実 日 数	点 数	一 部 負 担 金	件 数	回 数	金 額	標 準 負 担 額
入院								
入院外								

備考 1 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
 2 表については、太線の表のみ記入してください。

調剤報酬請求書

様式第八

平成 年 月分

別紙3

保険者

保険薬局の

所在地及び名称

様

開設者氏名

印

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

保険者番号	県番号	薬局コード
	28	

請求区分	件数	処方せん受付回数	一部負担金	備考
国民健康保険 一般被保険者	70歳以上9割			
	70歳以上7割			
	一般被保険者			
	3歳未満			
国民健康保険 退職者	本人			
	70歳以上9割			
	70歳以上7割			
	被扶養者			
国民健康保険 老人保健	老人9割			
	老人7割			
請求合計				
決定合計				

「70歳以上8割」を「70歳以上7割」に改める。

「70歳以上8割」を「70歳以上7割」に改める。

「老人8割」を「老人7割」に改める。

請求区分	件数	処方せん受付回数	点数	一部負担金
公費負担医療				円

総計誤算		増減状況	
増点	減点	増点	減点

高額療養費	件数	金額
一般被保険者		円
退職者		円

返戻	件数	処方せん受付回数	点数	一部負担金
				円

- 備考
- この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
 - 表については、太線の表のみ記入してください。

老人訪問看護療養費・訪問看護療養費請求書

平成 年 月分

訪問看護ステーション

保険者

の所在地及び名称

指定訪問看護事業者氏名

別紙4

様式第二

印

様

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

保 険 者 番 号	県 番 号	ステーションコード
2	8	

請求区分	件数	日数	金額	結核・精神各法負担金額	患者負担額	備考
国民健康保険	70歳以上9割			円		
	70歳以上7割					
	一般被保険者					
	3歳未満					
	本人					
退職者	70歳以上9割					
	70歳以上7割					
	被扶養者					
老人保健	老人9割					
	老人7割					
請求合計						
決定合計						

請求区分	件数	日数	金額	結核・精神各法負担金額	患者負担額
公費負担医療	結核予防法第35条		円		円
				円	

総計誤算		増減状況	
増額	減額	増額	減額
円	円	円	円

高額療養費	件数	金額
一般被保険者		円
退職者		

件	円
件	円

返 戻	件数	日数	金額	結核・精神各法負担金額	基本利用料
			円	円	円

- 備考
- この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
 - 表については、太線の表のみ記入してください。

福祉医療費請求書 (社保用)

平成 年 月分下記のとおり請求する。
平成 年 月 日

保険医療機関

所在地

名称

開設者氏名

別紙5

印

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
	市・(町)長様		289991	28		医科 1 歯科 3	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	県番号	実施主体							
1							1				
2							2				
3							1				
4							2				
5							1				
6							2				
7							1				
8							2				
9							1				
10							2				
11							1				
12							2				
13							1				
14							2				
15							1				
16							2				
17							1				
18							2				
19							1				
20							2				

注欄「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。」を「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。ただし、上位所得者で自己負担額が2万円の場合は、受給者氏名欄左欄外に(長2)と記載し、備考欄に(16)を記載してください。」に改める。

請求合計		件		点		円
決定合計						

- (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、84)については、生年月を記載してください(例・平成18年10月生の場合、41810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。ただし、上位所得者で自己負担額が2万円の場合は、受給者氏名欄左欄外に(長2)と記載し、備考欄に(16)を記載してください。

福祉医療費請求書 (社保用)

平成 年 月分下記のとおり請求する。
平成 年 月 日

所在地
名称
開設者氏名

別紙6

(印)

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			
	市・(町)長様		2 8 9 9 9 1	2 8		調劑	1	2	3

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	一部負担金	備考
		法別	県番号	実施主体						
1							2			
2							2			
3							2			
4							2			
5							2			
6							2			
7							2			
8							2			
9							2			
10							2			
11							2			
12							2			
13							2			
14							2			
15							2			
16							2			
17							2			
18							2			
19							2			
20							2			

注欄「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。」を「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。ただし、上位所得者で自己負担額が2万円の場合は、受給者氏名欄左欄外に(長2)と記載し、備考欄に(16)を記載してください。」に改める。

請求合計										
決定合計				件			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18年10月生の場合、41810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。ただし、上位所得者で自己負担額が2万円の場合は、受給者氏名欄左欄外に(長2)と記載し、備考欄に(16)を記載してください。



高齢重度障害者医療費請求書

所在地
名称
開設者氏名

別紙7

平成 年 月分下記のとおり請求する。
平成 年 月 日



請求先	市・(町)長様		保険者コード	県番号	保険医療機関コード	表別		割合				
	2	8	9	8	3	2	8	医科	歯科	1	2	3
1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	1	2	3
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	県番号	実施主体								
1		2	7	2	8							
2		2	7	2	8							
3		2	7	2	8							
4		2	7	2	8							
5		2	7	2	8							
6		2	7	2	8							
7		2	7	2	8							
8		2	7	2	8							
9		2	7	2	8							
10		2	7	2	8							
11		2	7	2	8							
12		2	7	2	8							
13		2	7	2	8							
14		2	7	2	8							
15		2	7	2	8							
16		2	7	2	8							
17		2	7	2	8							
18		2	7	2	8							
19		2	7	2	8							
20		2	7	2	8							
請求合計								件		点	円	円
決定合計								件		点	円	円

割合欄「1・2・空白」を「1・2・3」に改める。

市・町別・表別・割合別に作成してください。
 入・外欄の入院は「1」、外来は「2」に 印を付してください。
 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。(月の途中で国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、入院の一部負担金及び入院外(在医総管、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。
 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。

<p style="text-align: center;">高 高齢重度障害者医療費請求書</p> <p>平成 年 月分下記のとおり請求する。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p>	所在地	別紙8
	名称	
	開設者氏名	

請求先	市・(町)長様	保険者コード	県番号	保険薬局コード	表別	割合		
		2 8 9 9 8 3	2 8		調剤 4	1	2	3

1	受給者氏名	生年月	市町村番号			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
			法別	県番号	実施主体								
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								件		点	円	円	
決定合計								件		点	円	円	

割合欄「1・2・空白」を「1・2・3」に改める。

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。(月の途中で国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。