

1 5	2 3
--------	--------

有効期間	平成18年 4月 1日 から 平成19年 3月31日まで
------	---------------------------------

1 身障	2 重度	3 ひとり親家庭	4 4歳未満 (入院・通院)	5 特定疾病	6 4歳~就学前 (入院)	7 精神
---------	---------	-------------	----------------------	-----------	---------------------	---------

特別医療費請求書 (社会保険用)

鳥取県 市町村コード <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>4</td><td>3</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>9</td><td>1</td></tr></table>	4	3	1	0	0	0	9	1	平成18年 8月 2日 医療機関コード <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>10</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table> 医療機関等の所在地及び名称 開設者氏名 東京都文京区本駒込2-28-1 6 医療法人 オルカ医院 オルカ 印	10	1	2	3	4	5	6	7
4	3	1	0	0	0	9	1										
10	1	2	3	4	5	6	7										
平成18年 7月 <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>17</td><td>18</td></tr></table> 1 入院 2 入院外	17	18	診療分 の診療行為は以下のとおりであることを証明し、特別医療費を下記のとおり請求します。														
17	18																

特別医療費受給資格証記号番号		22		28	受給者氏名	テスト心身障害 <input checked="" type="radio"/> 男・女
					明・大・ <input checked="" type="radio"/> 平	20年生
被保険者証記号番号				保険種保	政健(日雇)	組健 船員 共済
				保険者名	番号	0 1 1 1
				名称	小樽社会保険事務所	
特定疾病及び精神(通院)の医療機関名				特定疾病名		
① 保険負担割合	29 <input checked="" type="radio"/> 7割 · 8割 · 9割 · 10割					
入院	入院日数()日間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	入院外	診療日数 ()日間			
② 総点数	31		38	③ 結算公費負担点数	39 45	
			3 2 2			
④ 薬剤一部負担金	47 円					
⑤ 受給者支払額	52 円		56 通院530円×	58 回	62 入院1,200円	62 日 入院500円× 日
⑥ 標準負担額	64 回 66 円					
⑦ 特別医療費請求額	72 $\textcircled{7} = \{(\textcircled{2} - \textcircled{3}) \times (10 - \textcircled{1})\} + \textcircled{4} + \textcircled{6} - \textcircled{5} + \textcircled{3} \times 0.5$				決定請求額	※ 円
	966					

※ 81~98まで該当する項目すべてに○印を記入してください。
 長期の者は、自己負担額が10,000円を越える場合のみ、「83長期」に○印を記入してください。
 「95減額認定」は標準負担額が生じる場合(注3参照)のみ、○印を記入してください。

81 老人	82 退職	83 長期	84 更生 公費15	85 育成 公費16	86 高齢
95 減額認定	96 在総診	97 特定疾患 公費51	98 3歳未満	99 精神 公費21	

- (注) 1. 該当する項目をまれなく記入してください。ただし、※決定請求額欄は記入しないでください。
 2. 制度「1身障」、「2重度」及び「7精神」に該当する者(老人保健法による医療を受ける者を含む)は、受給者支払額が生じませんので、⑤受給者支払額欄は記入しないでください。
 3. 「⑥標準負担額」が生じるのは、「標準負担額減額認定証」又は「限度額摘要・標準負担額限度額認定証」の交付を受けている者が、入院時食事療養を受けた場合のみです。
 4. 結算公費負担(公費10)に係る自己負担額は、1円未満切捨てです。
 5. 特定疾病に該当する者の医療の場合は、②総点数欄には、受給資格証に記載されている特定疾病の治療のみの点数を記入してください。