

変更箇所及び記載方法について (平成18年10月1日から)

従来の様式を取り繕って使用していただいても構いません。
その際には、新様式を御確認いただき、記載場所、表記方法に注意してください。
「総括表」については、変更ありません。

「入院・入院外」欄

を に変更する。

「市町番号」・「老人医療の受給者番号」欄を新たに設ける。

《記載方法》

老人保健医療(27 老人)受給者で、老人保健一部負担金相当分を福祉医療へ請求する場合は、老人保健法医療受給者証に明記されている番号を記載する。
旧様式を使用する場合は、必ず他公費公費負担者番号の上部余白に記入する。

「保険者負担割合」欄

高齢者及び老人保健欄 を に変更する。

「経過15」欄を新たに設ける。(調剤については、記載不要)

《記載方法》

高齢受給者及び老人保健対象者の3割負担者のうち、一部負担金の自己負担限度額が一般並となる受給者(経過措置対象者)については で囲む。

入院又は入院外で在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定している場合のみ。

「経過措置対象者」については、受給者証の一部負担金割合欄に『自己負担限度額「一般」適用』と記載されているため、証により確認を行う。

旧様式を使用する場合は、「経過15」のみの記載ではなく、必ず で囲む。

(注) 記載不備があった場合は、審査支払機関から請求書を返戻させていただくこともありますので、注意してください。

医 科	歯 科	調 剤	入 院		入 院 外			
			1 本入	7 高入	9	2 本外	8 高外	9
			3 三入			4 三外		
			5 家入	9 高入	7	6 家外	0 高外	7

1

福 祉 医 療 費 請 求 書

平成 年 月 日

平成 年 月分の福祉医療費（乳幼児・重度心身障害者・ひとり親家庭等）
を下記のとおり請求します。

市町長 殿

医療機関等コード

医療機関等の所在地及び名称
開設者氏名

2

印

市 町 番 号	2	7	3	4				老 人 医 療 の 受 給 者 番 号					
他 公 費 公 費 負 担 者 番 号			3	4				他 公 費 負 担 医 療 の 受 給 者 番 号					
福 祉 医 療 公 費 負 担 者 番 号			3	4				福 祉 医 療 公 費 負 担 医 療 の 受 給 者 番 号					
受 給 者 氏 名	(男・女) 明・大・昭・平 年 月 日生												
被 保 険 者 証 記 号 番 号	(記号)						保 険 種 別	社 会 保 険					
	(番号)						保 険 者 番 号						
診 療 実 日 数	日	保 険 者 負 担 割 合	7 割	8 割	9 割	高 齢 者 3 老人保健							
						7 割	9 割 一般		7 割	9 割 一般		10 割	
保 険 診 療 総 点 数	保 険		点	一 部 負 担 金 額			保 険		円	薬 剤 一 部 負 担 金 額 円			
	公 費		点				公 費		円				
	公 費		点				公 費		円				
備 考											4	経 過 1 5	長 8

決 定 点 数	点	決 定 額	円
---------	---	-------	---

- (注) 1 社保分のみを使用すること。
 2 入院・入院外の欄中「本人・三歳未満・家族・高齢者9割・高齢者7割」の該当番号に必ず 印をすること。
 (高齢受給者及び老人保健受給者は高齢者に該当する。)
 3 診療実日数及び保険診療総点数欄は必ず記入すること。
 4 保険者負担割合の該当欄に必ず 印をすること。高齢者とは、医療保険各法による高齢受給者のこと。
 「高齢受給者証」に明記されている一部負担割合が3割のときは7割に 印を、一部負担割合が1割のときは9割、又は一般のいずれかに 印をすること。
 5 薬剤一部負担金額欄は、福祉医療費で支払うもののみ記入すること。
 なお、6歳未満、高齢受給者及び老人保健に係るものについては、記入する必要はありません。
 6 印欄は記入しないでください。

旧様式を取繕う場合の記載例

【事例】老人保健・3割負担(経過措置対象者)・入院の場合

医科	歯科	調剤	入院		入院外			
			1本入	7高入	9	2本外	8高外	9
			3三入		7	4三外		
			5家入	9高入	8	6家外	0高外	8

福祉医療費請求書

1

平成 年 月 日

平成 年 月分の福祉医療費（乳幼児・重度心身障害者・ひとり親家庭等）を下記のとおり請求します。

市町村長 殿

医療機関等コード

医療機関等の所在地及び名称
開設者氏名

印

市町番号 2 7 3 4

老人保健の受給者番号

他公費 公費負担者番号			3	4					他公費負担医療の 受給者番号								
福祉医療 公費負担者番号			3	4					福祉医療公費負担 医療の受給者番号								
受給者氏名	(男・女) 明・大・昭・平 年 月 日生																
被保険者証 記号番号	(記号)				保険種別		社会保険										
	(番号)				保険者番号												
診療実日数	日	保険者 負担割合	7割	8割	9割	高齢者 3		老人保健									
						9割	7	9割	9割	10割							
保険診療 総点数	保険	点	一部負担金額			保険	円	薬剤一部負担金額									
	公費	点				公費	円	円									
	公費	点				公費	円	円									
備考	4 経過 15 長 8																

決定点数	点	決定額	必ず で囲む。 円
------	---	-----	-----------

- (注) 1 社保分のみを使用すること。
2 入院・入院外の欄中「本人・三歳未満・家族・高齢者9割・高齢者8割」の該当番号に必ず 印をすること。
(高齢受給者及び老人保健受給者は高齢者に該当する。)
3 診療実日数及び保険診療総点数欄は必ず記入すること。
4 保険者負担割合の該当欄に必ず 印をすること。高齢者とは、医療保険各法による高齢受給者のこと。
「高齢受給者証」に明記されている一部負担割合が2割のときは8割に 印を、一部負担割合が1割のときは9割、又は一般のいずれかに 印をすること。
5 薬剤一部負担金額欄は、福祉医療費で支払うもののみ記入すること。
なお、6歳未満、高齢受給者及び老人保健に係るものについては、記入する必要はありません。
6 印欄は記入しないでください。

変更箇所及び記載方法について (平成18年10月1日から)

従来の様式を取り繕って使用していただいても構いません。
その際には、新様式を御確認いただき、記載場所、表記方法に注意
してください。
「総括表」については、変更ありません。

「本人・三歳・家族・高齢」欄

を に変更する。

「市町番号」・「老人医療の受給者番号」欄を新たに設ける。

《記載方法》

老人保健医療(27 老人)受給者で、老人保健一部負担金相当分を福祉医療へ請求
する場合は、老人保健法医療受給者証に明記されている番号を記載する。
旧様式を使用する場合は、必ず、他公費公費負担者番号の上部余白に記入する。

「保険者負担割合」欄

高齢者及び老人保健欄 を に変更する。

(注) 記載不備があった場合は、審査支払機関から請求書を返戻させていただくこともあり
ますので、注意してください。

2 本人	8 高齢 9
4 三歳	
6 家族	0 高齢 7

福祉医療費請求書

1

〔老人訪問看護療養費
又は訪問看護療養費〕

平成 年 月 日

平成 年 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

市町長 殿

ステーションコード

医療機関等の所在地及び名称
開設者氏名

印

2

市町番号	2	7	3	4					老人医療の 受給者番号								
他公費 公費負担者番号			3	4					他公費負担医療の 受給者番号								
福祉医療 公費負担者番号			3	4					福祉医療公費負担 医療の受給者番号								
受給者氏名															(男・女)		
															明・大・昭・平 年 月 日生		
被保険者証 記号番号	(記号)							保険種別	社会保険								
	(番号)							保険者番号									
訪問実日数	日	保険者負担割合	7割			8割			9割			高齢者		老人保健			
												7割	9割	7割	9割	10割	
保険診療 総額	保険						円	一部負担金額	保険						円		
	公費						円		公費						円		
	公費						円		公費						円		
備考															長 8		

3

決定額	円
-----	---

- (注) 1 社保分のみを使用すること。
 2 「本人・三歳・家族・高齢者9割・高齢者7割」の該当番号に必ず 印をすること。(高齢受給者及び老人保健受給者は高齢者に該当する。)
 3 保険者負担割合の該当欄に必ず 印をすること。高齢者とは、医療保険各法による高齢受給者のこと。「高齢受給者証」に明記されている一部負担割合が3割のときは7割に 印を、一部負担割合が1割のときは9割に 印をすること。
 4 訪問実日数及び保険診療総額は必ず記入すること。
 5 印欄は記入しないでください。

旧様式を取繕う場合の記載例
【事例】老人保健・3割負担の場合

2 本人 8 高齢 9
4 三歳
6 家族 0 高齢 7

福祉医療費請求書

1

〔老人訪問看護療養費
又は訪問看護療養費〕

平成 年 月 日

平成 年 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

市町村長 殿

ステーションコード

医療機関等の所在地及び名称
開設者氏名

印

2

市町番号 2 7 3 4

老人保健の受給者番号

他 公 費 公費負担者番号			3	4					他公費負担医療の 受給者番号								
福 祉 医 療 公費負担者番号			3	4					福祉医療公費負担 医療の受給者番号								
受給者氏名	明・大・昭・平 年 月 日生 (男・女)																
被 保 険 者 証 記 号 番 号	(記号)				保 険 種 別				社 会 保 険								
	(番号)				保 険 者 番 号												
訪 問 実 日 数	日	保 険 者 負 担 割 合	7 割	8 割	9 割	高 齢 者 3			老 人 保 健								
						8 割	9 割	7 8 割	9 割	10 割							
保 険 診 療 総 額	保 険	円				一 部 負 担 金 額	保 険	円									
	公 費	円					公 費	円									
	公 費	円					公 費	円									
備 考															長 8		

決 定 額	円
-------	---

- (注) 1 社保分のみを使用すること。
2 「本人・三歳・家族・高齢者9割・高齢者8割」の該当番号に必ず 印をすること。(高齢受給者及び老人保健受給者は高齢者に該当する。)
3 保険者負担割合の該当欄に必ず 印をすること。高齢者とは、医療保険各法による高齢受給者のこと。「高齢受給者証」に明記されている一部負担割合が2割のときは8割に 印を、一部負担割合が1割のときは9割に 印をすること。
4 訪問実日数及び保険診療総額は必ず記入すること。
5 印欄は記入しないでください。

41 老人
91 重度心身障害者
90 乳幼児
92 ひとり親家庭等

平成 18 年 10 月からの新様式
(従来の様式を取り繕って使用していただいても構いません。)

医療費支給申請書 (平成 年 月分)
(柔道整復師用)

市町長 殿

平成 年 月 日

老人保健番号	2 7	老人保健医療の受給者番号		
福祉医療費の負担者番号		医療費受給者証の受給者番号	0 高 8 0 高 7 に変更	
受給者の氏名・住所				
生年月日	大・昭・平 年 月 日 男・女	本人・家族の区分	2 本・4 三・6 家・8 高 9・0 高 7	
被保険者証 又は 組合員証	記号	保険種別	政・船・日・組・共・国・退本・退家	
	番号	保険者名		
負傷名	負傷年月日	実日数	転帰	柔道整復師会審査確認
(1)	年 月 日		治癒・中止・転医	
(2)	年 月 日		治癒・中止・転医	
(3)	年 月 日		治癒・中止・転医	
(4)	年 月 日		治癒・中止・転医	
(5)	年 月 日		治癒・中止・転医	
総施療費	円	窓口徴収額内訳 (重度・乳幼児・ひとり親医療のみ記載)	備考	
保険給付	円	1 日目 円		
窓口徴収額	円	2 日目 円		
請求金額	円	3 日目 円		
支払金額	円	4 日目 円		
		計 円		
上記のとおり施術したことを証明します。				
平成 年 月 日 住所 柔道整復師 氏名				
上記の施術に要した費用の額(請求金額)を支給申請します。				
私の受ける上記金額の受領方を施術をした柔道整復師に委任します。				
平成 年 月 日 住所(住所は上記に同じ) 受給者 氏名				
振込希望金融機関名及び口座番号				

(注) 4 3 2 1 老人・重度心身障害者・乳幼児・ひとり親家庭等の文字は該当のものを入れて記入すること。
なお、負傷の原因が第三者の行為によるものであるときは、「この申請書に「第三者行為による負傷届」を添付すること。
委任を受けない場合には、「私の受ける上記金額の受領方を施術をした柔道整復師に委任します。」を抹消すること。
印欄は記入しないこと。

老人・重度心身障害者・乳幼児・ひとり親家庭等 医療費支給決定通知書 市町

施術年月	施術を受けた者の氏名	施術者の氏名	支給決定額
平成 年 月分			円

施術料が委任払いでないときは、この通知書は必要ありません。