

福祉医療費支給申請・請求明細書

平成 年 月診療分										1. 社 保 2. 国 保 3. 国保組合		1. 一 般 3. 退 本 2. 老 人 4. 退 家		前期高齢者 9 8 7		一部負担割合 1 2 3 割			
保 険 者 番 号										被保険者証 記号・番号									
市 町 村 番 号										老人医療 受給者番号									
公費負担者 番 号										公費負担医療 受給者番号									
患 者 氏 名										性別 男・女		生年月日		明・大・昭・平 年 月 日					
1 入 院	診療日数()日間 平成 年 月 日～ 平成 年 月 日				2 外 来	診療日数 ()日間				1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 10・11・12・13・14・15・16・17・18・19・20 21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31									
傷 病 名 及 び 期 間		* 高額療養費(21,000円以上)に該当する時のみ記入ください										特定疾病等 「02→1」「16→2」「17→3」 「18→4」「19→5」を記入。							
診 療 報 酬 請 求 明 細 内 訳	総 診 療 報 酬 点 数										点								
	他法公費種別、 自己負担月額、 及び負担額		精神	結核	更生	自己負担月額		円											
			1	2	3														
	育成		特疾	その他	公 費 負 担 額		円												
			4	5							6								
請 求 金 額										円									

請 求 年 月 日 平 成 年 月 日

医療機関コード番号	診療科 コード*

医療機関等
所在地

名 称

氏 名

印

備 考

*・・・種別欄 2. 国保 3. 退本 4. 退家 は、月遅れ分請求時の使用となります。

*・・・特定疾病等に該当する場合、下記のとおり記入して下さい。

「02 長 → 1」 「16 長 → 2」

「17 上位 → 3」 「18 一般 → 4」 「19 低所 → 5」

*・・・請求金額に少数点以下が発生する場合は、少数点第1位の位を切り上げて円の位まで記入して下さい。

診療科コード* 欄・・・旧総合病院は、診療科コード番号を記入して下さい。

福祉医療費支給申請・請求明細書

老人の場合は
記入なし

平成 18年 10月診療分

①. 社 保	①. 一 般 3. 退 本	前期高齢者	一部負担割合
2. 国 保	2. 老 人 4. 退 家	9 8 7	1 2 3 割
3. 国 保 組 合			

※旧様式での記載方法は
次ページをご覧ください。

右づめで記入

老人の場合
必ず記入

1か2のどちら
かに○を

桁不足は右詰め
にし、前 0 を記入

「02長 → 1」「16長 → 2」
「17上位 → 3」「18一般 → 4」「19低所 → 5」

*レセプトの特記事項欄に記入する表示を上記に示す
とおり、各(1～5)数字に置き換えて記入して下さい。

訪問看護ステーション・
柔整の場合は金額

患者は支払ってい
ないが、本来支払
う金額

公費が支払う金額
で患者負担額を除
いた金額

福祉医療に係る助成金額を記入して下さい。
(請求金額に少数点以下が発生する場合は
少数点以下第1位の位を切り上げて円の位ま
で記入)

総診療報酬点数×10×負
担割合(円の位まで)

一部負担金が発生する場合
の請求金額は、レセプト記
載と同様。

在宅末期医療総合診療料
及び在宅時医学総合管理料
を算定していて外来一部負
担金が上限以下の場合は1
0円未満四捨五入。(備考欄
に(在)の記載必要)

診療日数が 0 の場合
理由を記入

在宅末期医療総合診療料
及び在宅時医学総合管理
料を算定の場合、(在)と記
入

保険者 番 号										被保険者証 記号・番号							
市町村 番 号										老人医療 受給者番号							
公費負担者 番 号	8	1	3	8						公費負担医療 受給者番号							
患者氏名										性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日				
1 入 院	診療日数()日間 平成 年 月 日～ 平成 年 月 日				2 外 来	診療日数 ()日間				1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 11・12・13・14・15・16・17・18・19・20 21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31							
傷 病 名										*高額療養費(21,000円以上)に該当する時のみ記入して下さい							
公費医療がある場合 は、それぞれの番号を ○印で囲む										福祉医療に係る 診療日を○印で囲む							
診療報酬請求 書										特定疾病等 「02→1」「16→2」「17→3」 「18→4」「19→5」を記入。							
診療報酬点数										点							
他法公費種別、 自己負担月額、 及び負担額										精神	結核	更生	自己負担月額				円
										1	2	3					
										育成	特疾	その他	公 費 負 担 額				円
										4	5	6					
請求金額										円							

請求年月日 平成 年 月 日

医療機関コード番号	診療科 コード*	医療機関等 所在地

名 称

旧総合病院は診療科コード
(例・内科) 01 を記入

印

備 考

公費対象点数 ○○○点

(在)

未来院

総診療報酬点数に対する負担割合の金額と
請求金額が違う場合(公費対象点数が総点
数と同じでない場合 等)詳細を記入

*・・・種別欄 2. 国保 3. 退本 4. 退家 は、月遅れ分請求時の使用となります。

*・・・特定疾病等に該当する場合、下記のとおり記入して下さい。

「02 長 → 1」「16 長 → 2」

「17 上位 → 3」「18 一般 → 4」「19 低所 → 5」

*・・・請求金額に少数点以下が発生する場合は少数点第1位の位を切り上げて円の位まで記入して下さい。

診療科コード* 欄・・・旧総合病院は診療科コード番号を記入して下さい。

福祉医療費支給申請・請求明細書

取繕いにて「旧様式」を使用する場合の記載方法のお願い									
市町村 番号						受給者番号			
公費負担者 番号									
患者氏名		「02長 → 1」・「16長 → 2」 「17上位 → 3」・「18一般 → 4」・「19低所 → 5」 *レセプトの特記事項欄に記入する表示を上記に示すとおり、 各(1～5)数字に置き換えて記入して下さい。							
1 入院	診療日数()日間 平成 年 月 日～ 平成 年 月 日	外来				21・22・23・24			28・29・30・31
傷病名 及び 期間		*高額療養費(21,000円以上)に該当する時のみ記入ください				特定疾病(長) (02)・・・1 / (16)・・・2 を記入			
診療報酬請求明細内訳	総診療報酬点数				点				
	他法公費種別、 自己負担月額、	精神	結核	更生	自己負担月額	円			
		1	2	3					
		特疾	その他						
他方公費の受給資格が、「法別10(感染症法第37条の2関係)」「結核患者の適正医療」、「法別11(感染症法第37条関係)」「結核の入院患者に対する医療」の場合、上記例のとおり、「結核欄 2」に○印の記載をお願いします。									

請求年月日 平成 年 月 日

医療機関コード番号	診療科 コード*

医療機関等
所在地

名称

氏 名

印

備考

- *・・・種別欄 2. 国保 3. 退本 4. 退家 は、月遅れ分請求時の使用となります。
 *・・・月遅れ請求分で薬剤一部負担金がある場合、請求金額欄・上部に記入して下さい。
 *・・・特定疾病(長)に該当する場合、「02 長」に該当する場合は「1」を「16 長2」に該当する場合は「2」を記入して下さい。
 *・・・請求金額に少数点以下が発生する場合は少数点第1位の位を切り上げて円の位まで記入して下さい。
 診療科コード* 欄・・・旧総合病院は診療科コード番号を記入して下さい。

福祉医療費支給申請・請求明細書

1 社 保 1 一 般 3 退 本		前期高齢者	一部負担割合
取繕いにて「旧旧様式」を使用する場合の記載方法のお願い 「02長 → 1を○印で囲む」「16長 → 2」 「17上位 → 3」「18一般 → 4」「19低所 → 5」 *レセプトの特記事項欄に記入する表示を上記に示すとおり、数字に置き換えて記入して下さい。 「02長 → 1を○印で囲む」場合以外の記入は、下記例のとおり、2本線で削除し、余白箇所各(1～5)数字を記入して下さい。			
保 号	市 町 村 番 号	公費負担者 番 号	患 者 氏 名
1 入 院	診療日数()日 平成 年 月 日～ 平成 年 月 日	来 院 日 間 21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31	傷 病 名 及 び 期 間
* 高額療養費(21,000円以上)に該当する時のみ記入してください		特定疾病(長)	1 「4」
診療報酬請求明細書		総診療報酬点数 点 他法公費種別、精神 結核 更生 自己負担月額 1 2 3 円 自己負担月額、特疾 その他 円 他方公費の受給資格が、「法別10(感染症法第37条の2関係)」「(結核患者の適正医療)」「法別11(感染症法第37条関係)」「(結核の入院患者に対する医療)の場合、上記例のとおり、「結核欄 2」に○印の記載をお願いします。 円	

請 求 年 月 日 平 成 年 月 日

医療機関コード番号	診療科コード*

医療機関等
所在地

名 称

氏 名

印

備 考

*... 種別欄 2. 国保 3. 退本 4. 退家 は、月遅れ分請求時の使用となります。
 *... 月遅れ請求分で薬剤一部負担金がある場合、請求金額欄・上部に記入して下さい。
 *... 請求金額に少数点以下が発生する場合は少数点第1位の位を切り上げて円の位まで記入して下さい。
 診療科コード* 欄... 旧総合病院は診療科コード番号を記入して下さい。