

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		平成21年5月法改正に伴う特記事項の取り繕いについて																日	
1 入院		平成 年 月 日 来 21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31																・ 1 0 19・20	
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										特定疾患治療研究事業及び小児慢性特定疾患治療研究事業について、レセプトの特記事項欄に「17上位」・「18一般」・「19低所」の記入の場合は、特定疾病等欄に「17上位→3」・「18一般→4」・「19低所→5」を記入し、「22多上」・「23多一」・「24多低」は備考欄に記入して下さい。									
医療機関コード番号																			
										レセプトの特記事項欄に記入の「22多上」・「23多一」・「24多低」は備考欄に「22」「23」「24」と記入して下さい。									
備考										印									

*・・・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。

*・・・レセプトの特記事項欄に記入の「22多上」・「23多上」・「24多低」は「22」「23」「24」と備考欄に記入して下さい。

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 21年 5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 1
3. 国 保 組 合 2. 老 人 4. 退 家 7 2 割
③

※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

1か2のどちら

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

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)

旧総合病院は診療科コード
(例・内科) 01 を記入

レセプトの特記事項欄に記入の「22多上」
「23多ー」「24多低」を「22」「23」「24」と記入

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一)

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外来一部負担金が上限以下の場合には0円未満四捨五入。(備考欄に記入)

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	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									
傷病名及びバ	*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			特定疾病等 「02→1」「16→2」「17→3」「18→4」「19→5」を記入。									
診療報酬請求	報酬点数			点									
他法公費種別、	精神	結核	更生	自己負担月額									
自己負担月額、	1	2	3	円									
及び負担額	育成	特疾	その他	公費負担額									
	4	5	6	円									
内訳	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

診療日数が0の場合理由を記入

備考
公費対象点数 〇〇〇点

在 未来院

*・・・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。

*・・・レセプトの特記事項欄に記入の「22多上」「23多ー」「24多低」は「22」「23」「24」と備考欄に記入して下さい。

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「旧様式」を使用する場合の記載方法のお願い			
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	来	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（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、	精神 結核 更生	自己負担月額
	自己負担月額、	1 2 3	円
		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。			

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												
取扱いにて「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 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 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 険 者 番 号															
市 町 村 番 号															
負 担 者 番 号															
患 者															
1 入	日数()日 平成 年 月 日～ 平成 年 月 日	21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 0 19 20												
傷 病 及 び 期 間	高額 養 (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) 該当する場合は で囲んで下さい	1 「4」												
<table border="1"> <tr> <td colspan="3">総 数</td> </tr> <tr> <td>他法</td> <td>精神</td> <td>結核</td> </tr> <tr> <td>自己負担月額、</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td></td> <td>特疾</td> <td>その他</td> </tr> </table>		総 数			他法	精神	結核	自己負担月額、	1	2		特疾	その他	自己負担月額	円
総 数															
他法	精神	結核													
自己負担月額、	1	2													
	特疾	その他													
他方 の受給資格が、「法 10(感染症法第37条の2関係)」「(結核患者の適正医)」、「法 11(感染症法第37条関係)」「(結核の入 患者に対する医)の場合、上記例のとおり、「結核 2」に の記載をお願いします。			円												

年 月 日 平成 年 月 日

医 機 関 コー ド 番 号	科 コード

医 機 関 等
所 地

備 考

2 国保 3 退本 4 退家 は、月遅れ分 時の使用となります。
月遅れ 分で薬剤一部負担金がある場合、 金額 上部に記入して下さい。
金額に少数 以下が発生する場合は少数 第1位の位を切り上げて円の位まで記入して下さい。
科コード 旧総合病 は 科コード番号を記入して下さい。