1 医科	3 歯科	4 調剤	9 訪問

医療機関等コード

平成　　年　　月分

27障害者（老人保健該当者）一部負担金 訪問看護基本利用料 請求書総括表【北九州市用】

北九州市長　様

保険医療機関等

所在地

名　称

代表者名　　印

電話番号

下記のとおり請求します。

平成　　年　　月　　日

記

区　分	件　数	請　求　金　額
請　求	件	円
※決　定		

※印の欄には記入しないでください。

提出先　：　国保連合会

27障害者（老人保健該当者）一部負担金 訪問看護基本利用料 請求書【北九州市用】

年　月　日

北九州市長　様

医療機関等コード

所在地

保険医療機関等名

代表者名　印

電話番号

下記のとおり請求します。

記

市町村番号	2	7	4	0	4	0	1	1

①	受給者番号								診療月	平成　年　月	診療分	
									入外区分	7 高入9 8 高外9 9 高入8 0 高外8	日数（利用回数）	日（回）
	受給者氏名 生年・性別	明・大・昭　年生（男・女）							請求金額	円	※ 決定・過誤	
②	受給者番号								診療月	平成　年　月	診療分	
									入外区分	7 高入9 8 高外9 9 高入8 0 高外8	日数（利用回数）	日（回）
	受給者氏名 生年・性別	明・大・昭　年生（男・女）							請求金額	円	※ 決定・過誤	
③	受給者番号								診療月	平成　年　月	診療分	
									入外区分	7 高入9 8 高外9 9 高入8 0 高外8	日数（利用回数）	日（回）
	受給者氏名 生年・性別	明・大・昭　年生（男・女）							請求金額	円	※ 決定・過誤	
④	受給者番号								診療月	平成　年　月	診療分	
									入外区分	7 高入9 8 高外9 9 高入8 0 高外8	日数（利用回数）	日（回）
	受給者氏名 生年・性別	明・大・昭　年生（男・女）							請求金額	円	※ 決定・過誤	
⑤	受給者番号								診療月	平成　年　月	診療分	
									入外区分	7 高入9 8 高外9 9 高入8 0 高外8	日数（利用回数）	日（回）
	受給者氏名 生年・性別	明・大・昭　年生（男・女）							請求金額	円	※ 決定・過誤	

※　裏面の注意事項を必ずお読みください。

提出先　：　国保連合会

〔注意事項〕

1　この請求書は、北九州市の27障害者（老人保健該当者）が医療機関等で負担する一部負担金及び訪問看護事業者で負担する訪問看護基本利用料(但し、一定以上所得者（２割負担該当者）が負担する一割相当分に限る。）の請求をする時に使用してください。(北九州市以外の市町村には使用できません。)

2　北九州市の受給者については、市町村番号を27404011(印刷済み）とし、まとめて記入してください。

3　北九州市の27障害者の資格は、受給者本人の所得により停止される場合があります。
必ず、「㊧ 北九州市重度障害者医療医療証」の有効期間を確認してください。

※　医療証更新（所得判定）は、毎年８月１日を基準に行います。特に、その時期は新しい医療証の確認を慎重に行うようお願いします。

4　請求書の提出先は、国保連合会です。
なお、提出の際は、国保連合会指定の総括表に編綴して提出してください。

5　患者別、診療月別に１枠を使用し、入院、外来は別枠としてください。

6　「日数」欄には、入院の場合は入院日数を、外来の場合は外来日数（訪問看護の療養を受けた場合は利用回数）を記入してください。

7　「請求金額」欄には次の金額を記入してください。
①入院の場合は、診療報酬等明細書（老人医療請求分）の「負担金額」欄に記入した金額
②外来（訪問看護除く）の場合は、診療報酬等明細書（老人医療請求分）の請求点に10円を乗じた額に負担割合（１割又は２割）を乗じて得た額（１円単位）
ただし、在総診又は在医総を算定する場合は診療報酬明細書（老人医療請求分）の「一部負担金額」欄に記入した額
③訪問看護の療養を受けた場合は、一定以上所有者（２割負担該当者）に係る（老人）訪問看護療養費明細書の請求額に１割を乗じて得た額（１円単位）