乳幼児医療請求書等記載事例

医　　科

佐賀県国民健康保険団体連合会

様式第六（第二条関係）

平成 10年 1月分

診療報酬請求書（医科）

保険者 佐賀市

（別　　記）殿

下記のとおり請求する。

平成　年　月　日

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

国保佐賀病院

㊞

保険者番号	県番号	医療機関コード
4 1 0 0 1 9	4 1	9 9 1 0 0 1 7

表別		給付割	
医科	①	10	9
		8	⑦

				療養の給付 件数	診療実日数	点数	薬剤一部負担金	一部負担金 患者負担額	食事療養 件数	日数	金額	標準負担額	備考
㉕	国民健康保険	一般被保険者	請求	入院	1 件	3 日	4776 点		円	1 件	3 日	6450 円	2280 円	
				入院外	3	9	4123	円						
			㊟決定	入院										
				入院外										
⑥⑦		退職者（本人）	請求	入院										
				入院外										
			㊟決定	入院										
				入院外										
		退職者（被扶養者）	請求	入院 ③										
				入院外 ④										
			㊟決定	入院										
				入院外										
㉗	老人保健		請求	入院										
				入院外										
			㊟決定	入院										
				入院外										
㉛	公費負担医療	乳幼児	請求	入院	1	3	4776		300	1	3	6450	2280	
				入院外	3	9	4123		900					
			㊟決定	入院										
				入院外										
○			請求	入院										
				入院外										
			㊟決定	入院										
				入院外										
○			請求	入院										
				入院外										
			㊟決定	入院										
				入院外										

＊請求書の記入について（国保分）
・国保と医保は別々に綴じてください。
・乳幼児の請求については、公費負担医療の欄に㉛乳幼児と記入のうえ、件数、日数、点数を記入してください。

㊟高額療養費	一般被保険者	件数		退職者	件数	
		金額	円		金額	円

備考　1．この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。　2．㊟印の欄は、記入しないこと。
3．「一部負担金」の項は、薬剤一部負担金を除いた金額を記載すること。
4．請求書は、給付割合別に作成してください。なお、7割以外の場合は給付割合欄の⑦に×印を付し、該当箇所（数字）を○で囲んでください。
5．請求欄は、国保一般被保険者分、退職者の本人・被扶養者分、老人保健分、各公費負担医療分（再掲）を入院、入院外別に区分して集計してください。

医保

平成10年 1月分　　診療報酬請求書（医科）

保険者 佐賀市

（別　　記）殿

下記のとおり請求する。

平成　年　月　日

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

国保佐賀病院 ㊞

保険者番号	県番号	医療機関コード
410011	41	9910017

表別	給付割	
医科 ①	10	9
	8	⑦

				療養の給付 件数	診療実日数	点数	薬剤一部負担金	一部負担金 患者負担額	食事療養 件数	日数	金額	標準負担額	備考
(25)	国民健康保険	一般被保険者	請求 入院	件	日	点		円	件	日	円	円	
			請求 入院外				円						
			㊟決定 入院										
			㊟決定 入院外										
		退職者（本人）	請求 入院										
			請求 入院外										
			㊟決定 入院										
(67)			㊟決定 入院外										
		退職者（被扶養者）	請求 入院 ③										
			請求 入院外 ④										
			㊟決定 入院										
			㊟決定 入院外										
(27)	老人保健		請求 入院										
			請求 入院外										
			㊟決定 入院										
			㊟決定 入院外										
(81)	公費負担医療	乳幼児	請求 入院	1	3	4776		300	1	3	6450	2280	
			請求 入院外	3	9	4123		900					
			㊟決定 入院										
			㊟決定 入院外										
○			請求 入院										
			請求 入院外										
			㊟決定 入院										
			㊟決定 入院外										
○			請求 入院										
			請求 入院外										
			㊟決定 入院										
			㊟決定 入院外										

＊請求書の記入について（医保分）
・国保と医保は別々に綴じてください。
・乳幼児の請求については、公費負担医療の欄に(81)乳幼児と記入のうえ、件数、日数、点数を記入してください。
・保険者番号は別添の市町村コード表の6桁を記入してください。
・請求書、右上に「医保」と記入してください。

※高額療養費	一般被保険者	件数		退職者	件数	
		金額	円		金額	円

備考　1．この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。　2．※印の欄は、記入しないこと。
3．「一部負担金」の項は、薬剤一部負担金を除いた金額を記載すること。
4．請求書は、給付割合別に作成してください。なお、7割以外の場合は給付割合欄の⑦に×印を付し、該当箇所（数字）を○で囲んでください。
5．請求欄は、国保一般被保険者分、退職者の本人・被扶養者分、老人保健分、各公費負担医療分（再掲）を入院、入院外別に区分して集計してください。

診療報酬明細書(医科入院)　2国　平成10年1月分　県番41

医コ○○ ○○○○ ○	1医科	1国	2 2併	1家入

市町村		老人受	
公費①	8 1 4 1 0 0 1 1	公費①	9 9 9 9 9 9 9
公費②		公費②	

保険	410019
記号.番号	○○○○○○○

氏名	佐賀太郎 1.男　4平8年生	特記事項
職務上の事由		

保険医療機関の所在地及び名称　**国保佐賀病院**

傷病名	(1)肺炎 ① ②	診療開始日	(1)10年1月1日	診療実日数 保 2日 ① 日 ② 日

11	初診			
13	指導			
14	在宅			
20 投薬	21内服	9	単	414
	22屯服		単	
	23外用		単	
	24調剤	× 2	日	6
	26麻毒		日	
	27調基			42

国保入院分記載箇所

1. 乳幼児医療負担者番号
2. 乳幼児医療受給者番号
3. 一部負担金額

30 注射
40 処
50 手
60 検
70 画
80 他
90 入院

負担割合1.(国保.入院の場合)

1)療養の給付の場合

医療費総額35,110円の場合

保険者負担分(70%)24,577円	乳幼児医療負担10,233円	

本人負担300円

2)入院時食事療養費の場合

入院時食事療養費総費用額4,240円

医療保険負担分2,720円	標準負担額1,520円

標準負担額について乳幼児医療が負担する。

	× 日	食事	円 × 日 円 × 日	※公点 ※公点 外来時一部負担金 円
92特入.その他				

療養の給付	請求点	※決定点	負担金額 円	食事療養	日	請求円	※決定点	標準負担額 円
保険	3,511			保険	2	4,240		1,520
①			300	①				
②				②				

診療報酬明細書(医科入院外)　2国　平成　10年 1月分　県番41　　医コ ○○ ○○○○ ○

1医科	1国	2 2併	2家外

市町村		老人受	
公費①	8 1 4 1 0 0 1 1	公費①	9 9 9 9 9 9 9
公費②		公費②	

保険	4 1 0 0 1 9
記号.番号	○○○○○○○

氏名	佐　賀　太　郎　1.男　4平8年	特記事項
職務上の事由		

保険医療機関の所在地及び名称　国保佐賀診療所

傷病名	(1) 気管支炎	診療開始日	(1) 10年1月16日	診療実日数	保	1日
					①	日
					②	日

11	初診		445	
12 再診	再診	×	回	
	外来管理加算	×	回	
	時間外	×	回	
	休日	×	回	
	深夜	×	回	
13	指導			①
14 在宅	往診		回	
	夜間		回	
	深夜.緊急		回	
	在宅患者訪問診療		回	
	その他			
	薬剤			
20 投薬	21内服薬剤		単	
	内服調剤	×	回	
	22屯服薬剤		単	
	23外用薬剤		単	
	外用調剤	×	回	
	25 処方	×	回	
	26 麻毒		回	
	27 調基			
30 注射				
40 処				
50 手				
60 検				
70 画				
80 他	処方せん		回	
	その他			
	薬剤			

②

国保外来分記載箇所

1. 乳幼児医療負担者番号
2. 乳幼児医療受給者番号
3. 一部負担金額

③

負担割合2.(国保外来の場合)

医療費総額7,450円の場合

保険者負担分(70%)2,235円	乳幼児医療負担1,935円	

本人負担300円

療養の給付		請求点	※決定点	薬剤一部負担金額　円	一部負担金額　円	
	保険	745				
	①				300	
	②					※高額　点　※公　点　※公　点

診療報酬明細書(医科入院)　　平成10年1月分　県番41

市町村		老人受	
公費①	8 1 4 1 0 0 1 1	公費①	9 9 9 9 9 9 9
公費②		公費②	

医	○○ ○○○○○	1医科	1社	2 2併	1家入
保険	7 6 0 1				
記号.番号		佐 さゆ様 ○○○			

氏名	社会太郎 ① 1.男 4平8年生	特記事項
職務上の事由		

保険医療機関の所在地及び名称　⑤ ⑥　社会佐賀病院

傷病名	(1)脈炎 ⑦ ⑨ ③ ④ ⑭ ⑧ ②	診療開始日	(1)10年1月1日 ⑮	診療実日数	保	2日
					①	日
					②	日

⑩

11	初診			
13	指導			
14	在宅			
20 投薬	21内服	9	単	414
	22屯服		単	
	23外用		単	
	24調剤	× 2	日	6
	26麻毒		日	
	27調基			42
30 注射	31 皮下筋肉内		回	
	32 静脈内		回	
	33 その他		回	400
40 処	処置		回	
50 手				
60 検				
70 画				
80 他				
90 入院				

医保入院分記載箇所

1. 乳幼児医療負担者番号
2. 乳幼児医療受給者番号
3. 診療年月　4. 医療機関コード
5. 保険者番号　6. 記号.番号
7. 氏名　8. 性別　9. 生年
10. 日数　11. 請求点数
12. 一部負担金額
13. 食事療養費日数.請求額.標準負担額
14. 傷病名　15. 診療開始日

負担割合3.(医保.入院の場合)

1)療養の給付の場合

医療費総額35,110円の場合

保険者負担分(70%)24,577円	乳幼児医療負担10,233円	

本人負担300円

2)入院時食事療養費の場合

入院時食事療養費総費用額4,240円

医療保険負担分2,720円	標準負担額1,520円

標準負担額について乳幼児医療が負担する。

※公　点	
※公　点	
外来時一部負担金	円

療養の給付	請求点	※決定点	負担金額 円
保険	3,511		
①			300
②			

食事療養	日	請求円	※決定点	標準負担額 円
保険	2	4,240		1,520
①				
②				

診療報酬明細書(医科入院外)　　平成　10年1月分　県番41

市町村		老人受	
公費①	8 1 4 1 0 0 1 1	公費①	9 9 9 9 9 9 9
公費②		公費②	

医コ ○○ ○○○○○ | 1医科 | 1社 | 2 2併 | 6家外

保険	7 6 0 1
記号.番号	佐さゆ○○○

氏名	佐賀太郎	特記事項
	1.男　4平8年	
職務上の事由		

保険医療機関の所在地及び名称　社保佐賀診療所

傷病名	(1) 気管支炎	診療開始日	(1) 10年1月16日	診療実日数	保	1日
					①	日
					② ⑩	日

11	初診			
12 再診	再診	×	回	
	外来管理加算	×	回	
	時間外	×	回	
	休日	×	回	
	深夜	×	回	
13	指導			
14 在宅	往診		回	
	夜間		回	
	深夜.緊急		回	
	在宅患者訪問診療		回	
	その他			
	薬剤			
20 投薬	21内服薬剤		単	
	内服調剤	×	回	
	22屯服薬剤		単	
30 注射				
40 処				
50 手				
60 検	検査		回	
	薬剤			
70 画	画像診断		回	
	薬剤			
80	処方せん		回	
	その他			

医保外来分記載箇所

1. 乳幼児医療負担者番号
2. 乳幼児医療受給者番号
3. 診療年月　4. 医療機関ｺｰﾄﾞ
5. 保険者番号　6. 記号.番号
7. 氏名　8. 性別　9. 年齢
10. 日数　11. 請求点数
12. 一部負担金額
13. 傷病名　14. 診療開始日

負担割合4.(医保外来の場合)

医療費総額7,450円の場合

保険者負担分(70%)5,215円	乳幼児医療負担1,935円	

本人負担300円

療養の給付	保険	請求点	※決定点	薬剤一部負担金額　円	一部負担金額　円	
	①	745			300	
	②					※高額　点　※公　点　※公　点

診療報酬明細書(医科入院外)　2国　平成 10年 1月分　県番41　　医コ ○○ ○○○○ ○

1医科	1国	2 2併	2家外

市町村		老人受	
公費①	1 5 4 1 0 0 1 2	公費①	9 9 9 9 9 9 9
公費②		公費②	

保険	4 1 0 0 1 9
記号.番号	○○○○○○○

氏名	佐賀　太郎 1.男　4平8年	特記事項
職務上の事由		

保険医療機関の所在地及び名称　**国保佐賀診療所**

傷病名	(1) 気管支炎　① ②	診療開始日	(1) 10年1月16日	診療実日数	保 1日 ① 日 ② 日

11	初診		445
12 再診	再診	×	回
	外来管理加算	×	回
	時間外	×	回
	休日	×	回
	深夜	×	回
13	指導		
14 在宅	往診		回
	夜間		回
	深夜．緊急		回
	在宅患者訪問診療		回
	その他		
	薬剤		
20 投薬	21内服薬剤		単
	内服調剤	×	回
	22屯服薬剤		単
30 注射			
40 処			
50 手	手術．麻酔		回
	薬剤		
60 検	検査		回
	薬剤		
70 画	画像診断		回
	薬剤		
80 他	処方せん		回
	その他		
	薬剤		

記入しないこと

公費負担医療との併用の場合

1. 公費①欄に公費負担者番号及び受給者番号を記入。
2. 公費②欄にはなにも記入しない。
3. 一部負担金はなし。

負担割合5.（公費負担医療との併用の場合）

医療費総額7，450円の場合

保険者負担分(70%)5，215円	公費負担分(30%)2，235円

※乳幼児医療負担はなし。(医保は返戻とする。)

療養の給付	保険	請求点	※決定点	薬剤一部負担金額 円	一部負担金額 円	
		745				
	①					
	②					※高額 点 ※公 点 ※公 点

一部負担金は発生しません。

診療報酬明細書(医科入院外)　2国　平成 10年 1月分　県番41　　医コ ○○ ○○○○ ○

1医科	1国	2 2併	2家外

保険	4 1 0 0 1 9		
記号.番号		○○○○○○○	

市町村		老人受	
公費①	1 5 4 1 0 0 1 2	公費①	9 9 9 9 9 9 9
公費②	8 1 4 1 0 0 1 1	公費②	7 7 7 7 7 7 7

氏名	佐 賀 太 郎 1. 男　4 平 8 年	特記事項
職務上の事由		

保険医療機関の所在地及び名称　国保佐賀診療所

傷病名	(1) 気 管 支 炎 ②　①　①　②	診療開始日	(1) 10年1月16日	診療実日数	保 1日 ① 日 ② 日

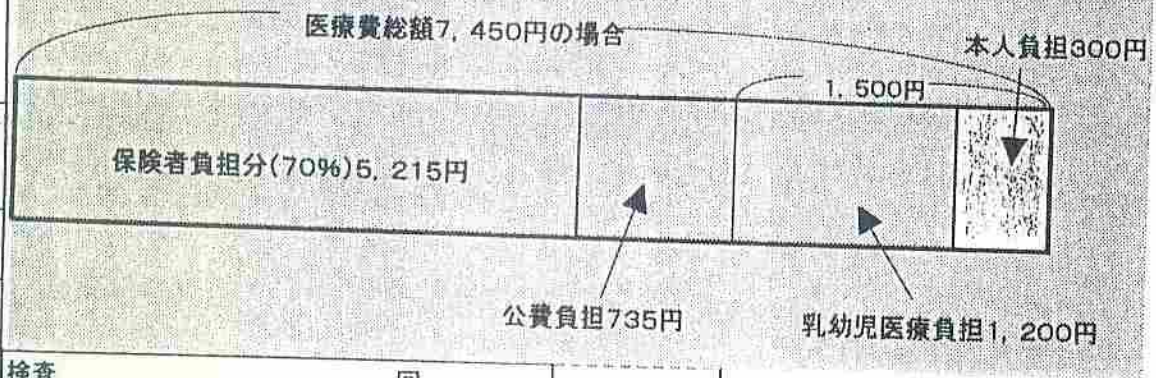
11	初診		4 4 5
12 再診	再診	×	回
	外来管理加算	×	回
	時間外	×	回
	休日	×	回
	深夜	×	回
13	指導		
14 在宅	往診		回
	夜間		回
	深夜．緊急		回
	在宅患者訪問診療		回
	その他		
	薬剤		
20 投薬	21内服薬剤		単
	内服調剤	×	回
30 注射			
40 処			
50 手			
60 検	検査		回
	薬剤		
70 画	画像診断		回
	薬剤		
80 他	処方せん		回
	その他		
	薬剤		

公費負担医療との併用で公費分にかかる一部負担額がある場合

1. 公費①欄に公費負担者番号及び受給者番号を記入。
2. 公費②欄に乳幼児医療負担者番号、乳幼児医療受給者番号を記入。
3. 公費②欄に一部負担金額は300円を記入。

負担割合6.（公費負担医療との併用で公費負担にかかる自己負担額が発生する場合

（公費負担にかかる自己負担額が月額1，500円の場合）



療養の給付	保険	請求点	※決定点	薬剤一部負担金額 円	一部負担金額 円	
		7 4 5				
	①				1 5 0 0	
	②				3 0 0	※高額 点　※公 点　※公 点

公費負担にかかる一部負担金を記入。

一部負担金は300円を記入

診療報酬明細書(医科入院外)　2国　平成 10年 1月分　県番41

医コ ○○ ○○○○ ○

1医科	1国	2 2併	2家外

市町村		老人受	
公費①	1 0 4 1 0 0 1 7	公費①	9 9 9 9 9 9 9
公費②	8 1 4 1 0 0 1 1	公費②	7 7 7 7 7 7 7

保険	4 1 0 0 1 9
記号.番号	○○○○○○○

氏名	佐賀　太郎 1.男　4平8年	特記事項
職務上の事由		

保険医療機関の所在地及び名称　国保佐賀診療所

傷病名	診療開始日	診療実日数	
(1) 気管支炎 (2) 結核　②　①　①　②	(1) 10年1月16日 (2) 10年1月16日	保	2日
		①	1日
		②	日

11	初診			445	
12 再診	再診	×	回	105	
	外来管理加算	×	回		
	時間外	×	回		
	休日	×	回		
	深夜	×	回		
13	指導				
14 在宅	往診		回		
	夜間		回		
	深夜.緊急		回		
	在宅患者訪問診療		回		
20 投薬	その他 薬剤				
	21内服薬剤		単		
	内服調剤	×	回		
	22屯服薬剤		単		
	23外用薬剤		単		
30 注射					
40 処					
50 手					
60 検	検査 薬剤		回		
70 画	画像診断 薬剤		回		
80 他	処方せん その他 薬剤		回		

国保と結核.精神との併用について

1. 公費①欄に結核.精神の公費負担者番号及び結核の受給者番号を記入。
2. 公費②欄に乳幼児の医療負担者番号及び乳幼児の医療受給者番号を記入。
3. 公費負担点数等の記入については現行どおり。

③

負担割合7.(結核医療、精神保健との併用の場合)

医療費総額8,500円の場合

保険者負担分(70%)5,950円	乳幼児医療負担1,750円	200円	5% 100円	25% 結核等負担500円
		◀ 本人負担 (300円) ▶		

療養の給付		請求点	※決定点	薬剤一部負担金額 円	一部負担金額 円	
	保険	850				
	①	200				
	②				300	※高額 点 ※公 点 ※公 点

診療報酬明細書(医科入院外)　2国　平成　10年 1月分　県番41　医コ ○○ ○○○○ ○

1医科	1国	2 2併	2家外

保険	4 1 0 0 1 9
記号.番号	○○○○○○○

市町村		老人受	
公費①	5 1 4 1 6 0 1 4	公費①	9 9 9 9 9 9 9
公費②	8 1 4 1 0 0 1 1	公費②	7 7 7 7 7 7 7

氏名	佐賀　太郎 1. 男　　4平8年	特記事項
職務上の事由		

保険医療機関の所在地及び名称　国保佐賀診療所

傷病名		診療開始日		診療実日数		
	(1) 気管支炎		(1) 10年1月16日		保	2日
	(2) パーキンソン氏病　② ① ② ①		(2) 10年1月26日		①	1日
					②	日

11	初診			445		
12 再診	再診	×	回	105	105	
	外来管理加算	×	回			
	時間外	×	回			
	休日	×	回			
	深夜	×	回			
13	指導					
14 在宅	往診		回			
	夜間		回			
	深夜．緊急		回			
	在宅患者訪問診療		回			
	その他					
	薬剤					
20 投薬	21内服薬剤		単			
	内服調剤	×	回			
	22屯服薬剤		単			
30 注射						
40 処						
50 手						
60 検						
70 画						
80 他	処方せん		回			
	その他					
	薬剤					

月の途中より公費負担の対象となった場合

1. 公費①欄に公費負担者番号及び受給者番号を記入。
2. 公費②欄に乳幼児の医療負担者番号及び乳幼児の医療受給者番号を記入。
3. 公費負担点数等の記入については現行どおり。

③

負担割合8.（月の途中で公費負担の対象になった場合）

医療費総額8，500円の場合

医療保険単独5，450円　　公費との併用3，050円

保険者負担分(70%)3，815円			保険者負担分(70%) 2，135円	公費負担(30%) 915円

乳幼児医療負担1，335円　本人負担300円

← 月の20日まで医療保険単独 →　← 21日より公費負担の対象 →

※公費との併用→医療保険単独の場合においても、本人より300円を徴収する。

療養の給付		請求点	※決定点	薬剤一部負担金額 円	一部負担金額 円			
	保険	850						
	①	305						
	②				300	※高額 点	※公 点	※公 点

診療報酬明細書(医科入院外)　　平成　10年1月分　県番41　　医コ ○○ ○○○○ ○

1医科	1社	2 2併	6家外

市町村		老人受	
公費①	8 1 4 1 0 0 1 1	公費①	9 9 9 9 9 9 9
公費②	8 1 4 1 0 0 2 9	公費②	7 7 7 7 7 7 7

保険	7 6 0 1
記号.番号	佐さゆ様○○○

氏名	佐　賀　太　郎　　1.男　4平8年	特記事項
職務上の事由		

保険医療機関の所在地及び名称　　社保佐賀診療所

傷病名	(1) 気管支炎	診療開始日	(1) 10年1月16日	診療実日数	保 1日 / ① 日 / ② 10 日

11	初診			
12 再診	再診	×	回	
	外来管理加算	×	回	
	時間外	×	回	
	休日	×	回	
	深夜	×	回	
13	指導			
14 在宅	往診		回	
	夜間		回	
	深夜.緊急		回	
	在宅患者訪問診療		回	
	その他			
	薬剤			
20 投薬	21内服薬剤		単	
	内服調剤	×	回	
	22屯服薬剤		単	
30 注射				
40 処				
50 手				
60 検				
70 画				
80	処方せん		回	
	その他			

医保外来分記載箇所
(月の途中より市町村変更の場合)
1. 乳幼児医療負担者番号①及び②
2. 乳幼児医療受給者番号①及び②
3. 診療年月　4. 医療機関コード
5. 保険者番号　6. 記号.番号
7. 氏名　8. 性別　9. 年齢
10. 日数　11. 請求点数
12. 一部負担金額
13. 傷病名　14. 診療開始日

負担割合9.(保険者は変わらず市町村が変更になった場合)

保険者A7,450円の場合

佐賀市6,000円　　唐津市1,450円

保険者A負担分(70%)4,200円　　保険者A負担分(70%) 1,015円

佐賀市乳幼児医療負担1,500円　本人負担300円　唐津市乳幼児医療負担435円

← 月の20日まで佐賀市居住 →　← 21日より唐津市居住 →

※.あくまでレセプト1枚につき300円の自己負担を原則とするため、本人負担は最初の市町村で払う300円のみとする。

療養の給付	保険	請求点	※決定点	薬剤一部負担金額　円	一部負担金額　円	
		745				
	①	600			300	
	②	145				※高額　点　※公　点　※公　点