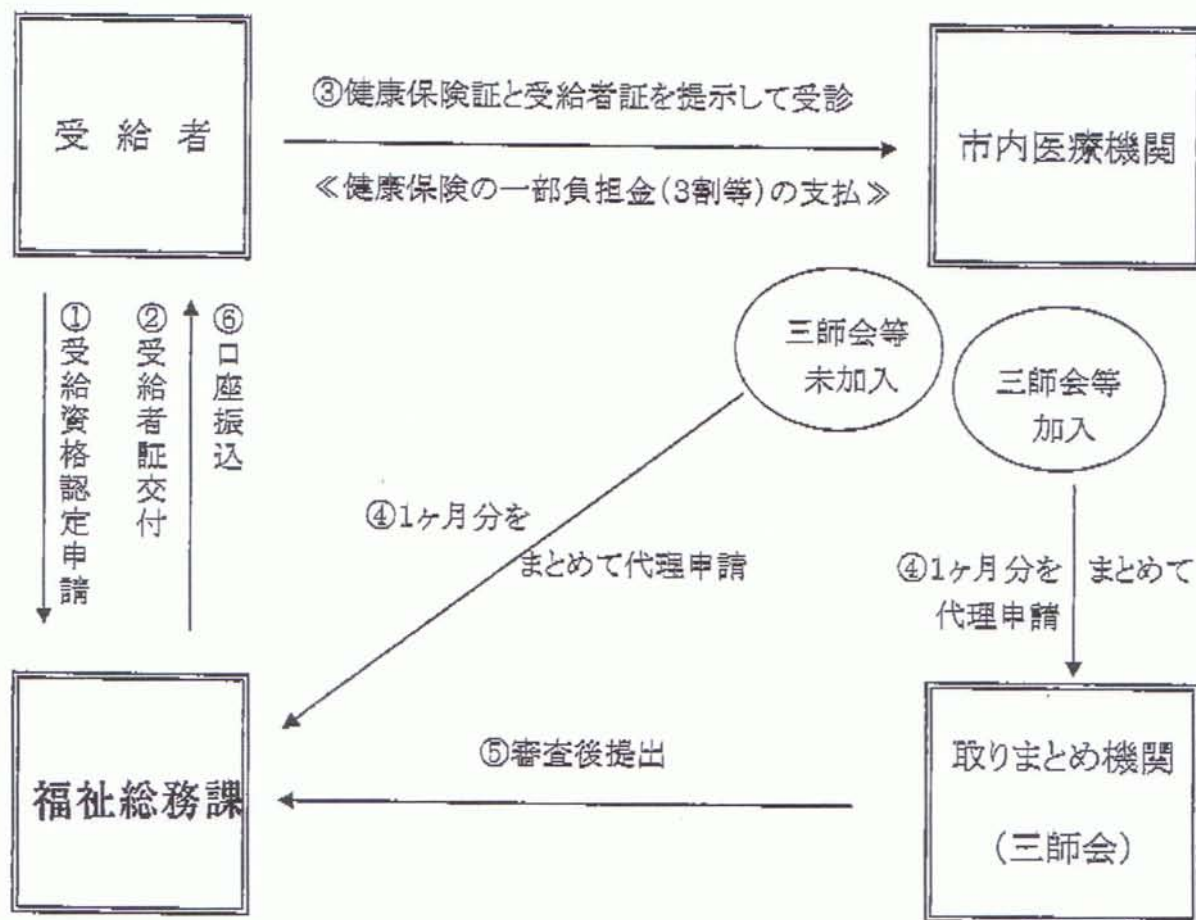


大村市福祉医療費支給申請書
(代理申請)記入の手引き

福祉総務課

1 福祉医療費の代理申請について

大村市の医療機関における事務処理の流れは、次のとおりです。



2 提出期限について(※期限厳守をお願いします。)

「福祉総務課」に提出の場合は、「毎月15日の午前中」までをお願いします。
15日が休日の場合は、「休日の前日(通常は金曜日)の午前中まで」となります。
三師会への提出の場合は、三師会の定める日までをお願いします。

3 対象者について

福祉医療の対象者は、大村市から交付された「受給資格者証」をお持ちの方です。健康保険証を確認するとき、同様に「受給資格者証」も確認してください。

また、請求する金額及び点数は保険診療分のみの1か月の合計です。食事代や特別室料、薬の容器代等は含まれませんのでご注意ください。

4 申請書用紙について

申請書は、OCRによる機械処理(自動読取り)をするための設計がされています。取扱い上の点に注意していただきますようお願いいたします。

- ① 用紙を折り曲げたり、汚したりしないでください。
- ② 記入に用いる筆記用具は黒ボールペンを推奨します。なお、インクの汚れ、にじみ等には注意してください。
- ③ 2枚複写の為消しゴムで消すことはできません。また、修正液・修正テープも使用しないでください。
- ④ 枠からはみ出さないよう楷書で記入してください。極端に癖のある文字はさけてください。常識的な記入であれば十分です。

5 申請書の編てつ及び作成について

1枚の用紙に6件分記入することができます。ただし、診療年月及び診療区分(外来・入院)ごとに用紙を替えてください。

記入後は、左右のスプロケットを切り離し、「OCR用」を提出、「医療機関控え」を保管してください。

6 申請書の記載方法

(1) 全医療等に共通

※ は記入必須項目

- ① 用紙左上の□はプリンター印字用です。通常の手書きの場合には記入しないでください。
- ② 医療機関の押印 ※
医療機関名は、予め印字してお渡しいたしますので押印のみお願いします。その際、朱肉が記入項目に掛からないようにしてください。(押印は全枚とも)
- ③ 医療機関コード
医療機関コード(7桁)は予め印字していますので、記入の必要はありません。
- ④ 診療年月 ※
診察した日の属する年月(請求年月ではない)を記入してください。当月分(診療年月が請求年月と同じ)は請求できませんのでご注意ください。
- ⑤ 診療区分 ※
該当する区分の□に「/」を記入してください。間違った場合は更に「\」を記入し、「×」の形にして正しい区分に「/」を記入してください。
- ⑥ 取り消し
複写式のため誤って記入した場合は、消しゴム等で修正できませんので、□の中に「×」を記入してください。取り消しデータとなります。
- ⑦ 医療区分 ※
次の区分により数字を記入してください。

乳幼児医療	⇒ 1	単婦医療	⇒ 5
障害者医療	⇒ 2	寡男医療	⇒ 6
母子医療	⇒ 3	老保障害医療	⇒ 7
寡婦医療	⇒ 4	父子医療	⇒ 8

⑧ 受給者番号 ※

受給者証に記載している番号と同じ記号番号を記入してください(左づめ)。

乳幼児医療 ⇒6桁	(例) N X 1 2 3 4 ⇒N X 1 2 3 4
障害者医療 ⇒4桁	(例) 3 4 5 6 ⇒3 4 5 6
5桁	(例) 1 2 3 4 5 ⇒1 2 3 4 5
(精神は、4桁+P)	(例) 1 2 3 4 P ⇒1 2 3 4 P
母子医療 ⇒本番4桁+枝番1桁	(例) 0 1 2 3 - 0 ⇒0 1 2 3 - 0
寡婦医療 ⇒4桁	(例) 1 2 3 4 ⇒1 2 3 4
単婦医療 ⇒4桁	(例) 5 6 7 8 ⇒5 6 7 8
寡男医療 ⇒4桁	(例) 1 2 3 4 ⇒1 2 3 4
老保障害医療⇒4桁	(例) 5 6 7 8 ⇒5 6 7 8
4桁+R	(例) 5 6 7 8 R ⇒5 6 7 8 R
5桁+R	(例) 5 6 7 8 9 R ⇒5 6 7 8 9 R
4桁+A	(例) 1 2 3 4 A ⇒1 2 3 4 A
父子医療 ⇒母子医療同様	(例) 0 1 2 3 - 0 ⇒0 1 2 3 - 0

⑨ カナ氏名 ※

氏名は、カタカナで記入してください(左づめ)。

濁点「゜」及び半濁点「゜」については1文字として記入し、全部大文字(例：ッ⇒ツ)でお願いします。また、姓と名の間は1文字空け、に入る分まで(10文字)で結構です。受給者証に印字してあるフリガナのとおり記入してください。

⑩ 日数 ※

診療実日数を記入してください(右づめ)。

(2) 診療内容等により記入方法が異なるもの

① 診療点数 ※

ア 訪問看護、整骨院等

療養に要した費用(全額)を記入してください(右づめ)。

イ 補装具

補装具の購入に要した費用(全額)を記入してください(右づめ)。

ウ 上記ア、イを除く診療

1ヶ月の診療点数の合計を記入してください。

② 患者負担額 ※

ア 未収分(委任払い含む)

申請できません。

イ 分納分

完納してから請求してください。

ウ 領収済み分

保険診療のみの金額の1ヶ月の合計です。

老保障害については、後期高齢者医療(又は老人医療)の一部負担金の1ヶ月の合計です。

③ 薬剤の一部負担金

外来の薬剤に対する一部負担金の1ヶ月の合計です。

④ 継続療養

当該診療に係る健康保険が継続療養のとき、☐の中に「/」を記入してください。

⑤ 公費

更正医療、特定疾病、その他公費負担([]に公費名記入)に係る診療の場合は、それぞれの項目の☐の中に「/」を記入してください。また、公費併用の場合については、更に、公費外点数も記入してください。

(3) その他記入上の注意点

① 月の途中で健康保険が変更になった場合

二段に分けて、それぞれの保険診療分を記入してください。

② 特定疾病や更正医療等の公費負担の場合

診療点数は総点数とし、患者負担額は特定疾病又は更正医療等の負担額を記入してください。

目録

以下にあげる例は、OCR機が読みやすい推奨字形と誤読し易い字形です。記入に当たり参考にされますようお願いいたします。

推奨字形	誤読しやすい字形				
0	0	0	0	0	
1	1	1			
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	
5	5	5	5		
6	6	6	6		
7	7	7	7	7	7
8	8	8	8		
9	9	9	9	9	

数
012345678901234567890123456789

卅

英 ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ

卅

アイウエオカキクケコサシスセソタチツテトナニヌネノハヒフヘホ

力

夕

マニムモヤヨラリルロワヲシ"。一ノ

十

ファイル名		支給申請データファイル			ファイルID	FISINSEI	レコード長	75ﾊﾞｲﾄ	ブロック長	75ﾊﾞｲﾄ	
項番	項目名	属性	桁数	位置	説明						
1	医療機関コード	X	7	1							
2	診療年	X	2	8	和暦2桁(例:平成14年の場合、 14 をセット)						
3	診療月	X	2	10	01～12をセット						
4	診療区分(内科入院)	X	1	12	} 該当診療に 1 をセット						
5	診療区分(内科外来)	X	1	13							
6	診療区分(歯科入院)	X	1	14							
7	診療区分(歯科外来)	X	1	15							
8	診療区分(調剤)	X	1	16							
9	診療区分(訪問看護)	X	1	17							
10	診療区分(整骨院等)	X	1	18							
11	診療区分(補装具)	X	1	19							
12	診療区分(その他)	X	1	20							
13	取消区分	X	1	21							
14	医療区分	X	1	22	1:乳幼児、2:心身障害者、3:母子、4:寡婦、5:単婦、6:寡男、7:老保障害、8:父子						
15	受給者番号	X	6	23							
16	カナ氏名	X	10	29	半角10文字以内でセット						
17	診療日数	X	2	39							
18	診療点数	X	7	41							
19	患者負担額	X	8	48							
20	薬剤の一部負担金	X	4	56							
21	保険種類	X	1	60	未使用						
22	続柄	X	1	61	未使用						
23	継続療養	X	1	62	継続療養の場合、 1 をセット						
24	公費・更正医療	X	1	63	} 該当する公費医療に 1 をセット						
25	公費・特定疾病	X	1	64							
26	公費・その他	X	1	65							
27	公費併用の場合の公費外点数	X	5	66							
28	診療科コード	X	2	71	大村市立病院、国立長崎中央病院の場合にセット						
29	予備	X	3	73							