

返 戻 (照 会) 用 紙

平成 年 月

北海道国民健康保険団体連合会

この重度心身障害者・母子家庭等医療費請求書は、下記の理由により返戻（照会）しますから
整備のうえ再提出願います。

1. 保険医療機関又は保険薬局(名称、所在地)開設者氏名押印もれ
2. 市町村名もれ
3. 請求欄と内訳書不一致
4. 診療月もれ
5. 障害者請求書不作成(下記の記載例を確認してください。)
6. 道外分請求誤り(道外市町村分は取扱っておりませんので、自己負担額分を徴収してください。)
7. その他

16.2.h

記 載 例

1. 初診時一部負担金の取扱

(1) 初診時に要した自己負担額が580円(初診時一部負担金)以上の場合

① 一部負担金を徴収した場合

請求欄
初診時 一部負担金
580円

内訳書欄
初診時 一部負担金
580円

② 一部負担金を徴収しない場合

請求欄
初診時 一部負担金
/ 円

内訳書欄
初診時 一部負担金
(580) 円

(2) 初診時に要した自己負担額が580円(初診時一部負担金)以下の場合

① 一部負担金を徴収した場合

診療実日数が1日の場合で、初診時に要した自己負担額が580円未満の場合はその額を初診時一部負担金として徴収し、請求書は作成しない。

② 一部負担金を徴収しない場合

診療実日数に関係なく、初診時に要した自己負担額を(1)②の例により請求書を作成する。

2. 重度心身障害者・母子家庭等医療費請求書は、診療報酬明細書の中にとじ込まないで提出願います。

(注意) この用紙は必ず添付したまま提出して下さい。

(蓋印・医科)