

### [乳幼児医療費助成金請求書の記載方法]

1. 「名寄市乳幼児医療費請求内訳書」の合計金額を本書に記入してください。
2. 医科の記入例を掲載しておりますので、歯科については、初診時一部負担金(510円)に注意してください。

※ この請求書・内訳書は平成16年10月1日以降の診療分から使用してください。

診療月遅れ請求がある場合でも、請求書は複数枚にしないでください。

◎ 平成16年10月1日以前の診療月遅れ請求がある場合はこれとは別に旧様式で請求してください。

(上部に朱書きで旧と表示ください。)

### 記入欄の説明

医 歯 薬	・ いずれかに○印で表示ください。
請 求 印	・ 請求印は必ず押してください。
件 数	・ 内訳書の各合計件数を記入してください。
総 点 数	・ 内訳書の各合計件数を記入してください。
自己負担額	・ 内訳書の各合計件数を記入してください。
初診回数	・ 内訳書の各合計件数を記入してください。
一部負担金	・ 内訳書の各合計件数を記入してください。
金 額	・ 内訳書の各合計件数を記入してください。
事務手数料	・ 件数に210円(200円+消費税)を乗じた金額を記入してください。
合計金額	・ 金額に事務手数料を加算した金額を記入してください。
口座名義	・ 銀行に登録済の正式な口座名義を記入してください。

記入例

医 歯 薬

平成 年 月 日

名 寄 市 長 様

医療機関等の  
名称  
所在地  
開設者  
電話番号

局

印  
番

# 乳幼児医療費助成金請求書

平成 16 年 10 月分乳幼児医療費及び事務手数料を、次のとおり請求いたします。

記

区分	件数	総点数	A		B	C	A-C=D	E	D+E
			自己負担額	初診回数					
		点	円	回	円	円	円	円	
通院	3割	a	a×3	1					
	2割	b	b×2						
入院	3割	c	c×3	1					
	2割	d	d×2	1					
計	9	204,466	586,304	3	71,015	515,289	1,890	517,179	

振込金融機関

銀行  
信用金庫  
本店  
当  
支店  
普

口座名義

平成 16年 10月分 名寄市乳幼児医療費請求内訳書

№

受給者番号	被保険者証		乳幼児氏名	診療区分	点数	負担割合	初診回数	一部負担金	備考
	保険者番号	記号番号							
1608245	69010215	名 123456	名寄 太郎	入 (外) 調	318	②・③ 割	1	580	
1509231	0131	旭なに 3	名寄 花子	入 (外) 調	426	②・③ 割			
0110621	0131	旭あひ 4	名寄 次郎	入 (外) 調	1,340	2・③ 割		1,340	
1012251	31010325	3 0000	白衛隊 一郎	入 (外) 調	659	2・③ 割	1	580	
0120651	32010415	北01110 1111	市役所 三郎	入 (外) 調	18,400	2・③ 割		12,000	
1312293	06100333	1 246	王子 四郎	入 (外) 調	26,350	②・③ 割			
0121212	34010017	公立北海道 445566	教員 五郎	入 (外) 調	15,735	2・③ 割		15,735	
1212121	010215	名 123456	名寄 六郎	入 (外) 調	96,238	2・③ 割	1	580	
0110521	0133298	93-0116 123456	建設 七郎	入 (外) 調	45,000	2・③ 割		40,200	
合 計	( 9 件 )	入 院	外来・調剤	3割 3 件	156,973 点		1	56,515 円	
				2割 1 件	26,350 点				
				3割 3 件	20,399 点		1	13,920 円	
				2割 2 件	744 点		1	580 円	

※ 内訳書作成についてのお願いは、

1 診療区分・負担割合の欄は、○印で表示してください。

2 この内訳書は診療報酬明細書(レセプト)枚につき1行を用い記入してください。

3 初診回数の欄は、初診時一部負担金の方のみ、初診回数を記入してください。(1割自己負担の方は記入しないでください。)

4 患者一部負担金の欄は、初診時一部負担金の額、または総医療費のI割額(入院限度額40,200円 通院12,000円)を記入してください。

【医療機関名:

## 記入欄の説明

受給者番号	・7桁の受給者番号を記入してください。
被保険者証 保険者番号	・社会保険は4桁、国民健康保険は6桁、国保組合・共済組合は8桁の保険者番号を記入してください。
点数	・レセプト1枚ごとの点数を記入してください。
初診回数	・初診時一部負担金のみの患者さんについて初診料を算定した回数を記入します。(0回は記入しないでください。)
一部負担金	<p>・ <b>乳初</b> の受給者証をお持ちの方は、入院・入院外ともに初診時一部負担金として初診料算定回数1回につき、医科580円・歯科510円を徴収しますが、この徴収した金額を記入してください。</p> <p>なお、初診の場合で、保険診療の自己負担額が初診時一部負担金の額を下回る場合は、乳幼児医療費の助成はありません。</p> <p>・ <b>乳課</b> の受給者証をお持ちの方で、入院と3歳未満の入院外の場合は、上記の初診時一部負担金の取り扱いと同様です。3歳以上の入院外の場合は、原則として医療費の1割を一部負担金として徴収しますので、この徴収した金額を記入してください。</p> <p>ただし、一部負担金には、1医療機関(市立病院は診療科)ごとに通院12,000円/月、入院40,200円/月の限度額がありますのでご注意ください。</p>
備考	<p>※ <b>乳課</b> で有効期間の下限に【月末までは初診時一部負担金のみ】という付記書きがあった受給者証をお持ちの方は、有効期限内に3歳に到達し、一部負担金が1割に変更になる方ですのでご注意ください。</p> <p>・入院の日数、月遅れ分(月分)等を記入してください。</p>
合計	・3割、2割別に入院、外来、調剤の合計を記入してください。

事 務 連 絡  
平成16年 8月23日

市内保険医療機関 各位

名寄市保健福祉部社会課・保険福祉課

北海道医療給付事業見直しに伴う名寄市重度・母子・乳幼児医療費助成  
制度改正について

名寄市医療費助成制度について、各保険医療機関の皆様には日頃よりご協力をいただきお礼申し上げます。

さて、この度の北海道医療給付事業の給付対象者及び自己負担の見直しに伴い、当市の重度・母子・乳幼児医療費助成制度について平成16年10月1日から原則1割負担を導入することになりました。改正の内容は下記のとおりです。今後ともご協力よろしくお願い申し上げます。

尚、受給者への周知としてポスターを作製しましたので、ご掲示ください。

記

◎ 改正内容

- ・重度、母子、乳幼児共に3歳未満児及び低所得者は初診時一部負担金《医科—580円 歯科—510円 柔整—270円（乳幼児は除く）》のみ、それ以外は1割負担を導入することとします。ただし、老人保健法に準拠して入院外12,000円、入院40,200円を月額自己負担の上限とします。
- ・乳幼児医療の入・通院をともに就学前まで拡大します。また、母子家庭等医療については父子家庭を加え、「ひとり親家庭等医療」に変更します。
- ・なお、入院で40,200円を超える場合は、超える額については受給者から受領せずに請求書により市に請求してください。入院外で1レセプト当たり1割相当額が12,000円を超える場合も、その超える額については受給者から受領せずに請求書により市に請求してください。（重度、母子、乳幼児共に）

◎ 受給者証

特に留意願いたい事項

- ・受給者証には各事業毎に、自己負担が初診時一部負担金のみの $\textcircled{\text{初}}$ と、1割負担となる $\textcircled{\text{課}}$ の2種類があります。（重度医療にはさらに老健法対象の $\textcircled{\text{老初}}$ と $\textcircled{\text{老課}}$ があります。）自己負担の受領に当たっては、間違いの無いようお願いいたします。

電話3-2111 児童家庭係 内線2252  
障害福祉係 内線2235

《 受給者証が変わります（個人の番号は変わりません） 》

<b>障 課</b>		<b>重度障害者医療費受給者証</b>	
記 号	0 2 1 6	番 号	
受 住 所			
給 氏 名		性 別	男・女
者 生年月日	年 月 日	生 年 月 日	生
有 効 期 限	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで		
発 行 機 関 名 及 び 印	北海道名寄市長		
交付年月日	平成 年 月 日		

注 意 事 項

裏 面

- この証で保険医療機関等において診療を受ける際は次の一部負担金を窓口で支払ってください。
  - ① 医科、歯科、調剤、柔道整復師の場合 1割に相当する額
  - ② その他の市長が定める額
- 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返してください。
- 氏名、住所他に変更があったときは、14日以内この証を添えて市長にその旨を届け出てください。
- 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に市長にその旨を届け出てください。
- この証を破ったり、汚したり又は失ったときは、再交付を受けてください。
- 有効期限を超過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市長に返してください。
- 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けま

<b>老 課</b>		<b>重度障害者医療費受給者証</b>	
記 号	0 2 1 6	番 号	
受 住 所			
給 氏 名		性 別	男・女
者 生年月日	年 月 日	生 年 月 日	生
有 効 期 限	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで		
発 行 機 関 名 及 び 印	北海道名寄市長		
交付年月日	平成 年 月 日		

注 意 事 項

裏 面

- この証で保険医療機関等において診療を受ける際は次の一部負担金を窓口で支払ってください。
  - ① 医科、歯科、調剤、柔道整復師の場合 1割に相当する額
  - ② その他の市長が定める額
- 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返してください。
- 氏名、住所他に変更があったときは、14日以内この証を添えて市長にその旨を届け出てください。
- 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に市長にその旨を届け出てください。
- この証を破ったり、汚したり又は失ったときは、再交付を受けてください。
- 有効期限を超過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市長に返してください。
- 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けま

※ 【 月末までは初診時一部負担金のみ】  
の表示がある場合は、年の途中で3歳になり誕生日の翌月から初診時一部負担金から1割負担に変わります。

<b>障 初</b>		<b>重度障害者医療費受給者証</b>	
記 号	0 2 1 6	番 号	
受 住 所			
給 氏 名		性 別	男・女
者 生年月日	年 月 日	生 年 月 日	生
有 効 期 限	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで		
発 行 機 関 名 及 び 印	北海道名寄市長		
交付年月日	平成 年 月 日		

注 意 事 項

裏 面

- この証で保険医療機関等において診療を受ける際は初診の場合に限り次の初診時一部負担金を支払ってください。
  - ① 医科受診の場合 580円
  - ② 歯科受診の場合 510円
  - ③ 柔道整復師受診の場合 270円
  - ④ その他の市長が定める額
- 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返してください。
- 氏名、住所他に変更があったときは、14日以内この証を添えて市長にその旨を届け出てください。
- 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に市長にその旨を届け出てください。
- この証を破ったり、汚したり又は失ったときは、再交付を受けてください。
- 有効期限を超過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市長に返してください。
- 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けま

<b>老 初</b>		<b>重度障害者医療費受給者証</b>	
記 号	0 2 1 6	番 号	
受 住 所			
給 氏 名		性 別	男・女
者 生年月日	年 月 日	生 年 月 日	生
有 効 期 限	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで		
発 行 機 関 名 及 び 印	北海道名寄市長		
交付年月日	平成 年 月 日		

注 意 事 項

裏 面

- この証で保険医療機関等において診療を受ける際は初診の場合に限り次の初診時一部負担金を支払ってください。
  - ① 医科受診の場合 580円
  - ② 歯科受診の場合 510円
  - ③ 柔道整復師受診の場合 270円
  - ④ その他の市長が定める額
- 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返してください。
- 氏名、住所他に変更があったときは、14日以内この証を添えて市長にその旨を届け出てください。
- 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に市長にその旨を届け出てください。
- この証を破ったり、汚したり又は失ったときは、再交付を受けてください。
- 有効期限を超過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市長に返してください。
- 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けま

※ 初診時一部負担金 医科 580円  
歯科 510円  
柔整 270円

※ 初診時一部負担金 医科 580円  
歯科 510円  
柔整 270円

	【現行制度】	【改正内容】(変更点のみ)								
重度心身障害者医療	<p>【対象者】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・重度身体障害者(児) 身障1～2級、内部障害3級</li> <li>・重度知的障害者(児) 知能指数おおむね35以下 身障3級(内部障害を除く)の 場合はおおむね50以下</li> </ul> <p>【自己負担】</p> <table border="1"> <tr><td>初診時一部負担金</td><td></td></tr> <tr><td>医科</td><td>580円</td></tr> <tr><td>歯科</td><td>510円</td></tr> <tr><td>柔整</td><td>270円</td></tr> </table> <p>【所得制限】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特別障害者手当(扶)準拠</li> </ul>	初診時一部負担金		医科	580円	歯科	510円	柔整	270円	<p>【自己負担の見直し】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・1割負担の導入 月額上限 通院12,000円 入院40,200円</li> <li>・3歳未満児及び市町村民税非課税世帯は現行どおり据置 (初診時一部負担金のみ)</li> </ul>
初診時一部負担金										
医科	580円									
歯科	510円									
柔整	270円									
母子家庭等医療	<p>【対象者】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・母子家庭等の母(入院のみ) 及び扶養されている児童 (入・通院とも)</li> </ul> <p>【自己負担】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・初診時一部負担金</li> </ul> <table border="1"> <tr><td>医科</td><td>580円</td></tr> <tr><td>歯科</td><td>510円</td></tr> <tr><td>柔整</td><td>270円</td></tr> </table> <p>【所得制限】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・児童扶養手当(扶)準拠</li> </ul>	医科	580円	歯科	510円	柔整	270円	<p>【対象者の拡大】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・父子家庭にも拡大</li> </ul> <p>【自己負担の見直し】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・1割負担の導入 月額上限 通院12,000円 入院40,200円</li> <li>・3歳未満児及び市町村民税非課税世帯は現行どおり据置 (初診時一部負担金のみ)</li> </ul>		
医科	580円									
歯科	510円									
柔整	270円									

	【現行制度】	【改正内容】(変更点のみ)
乳 幼 児 医 療	<p>【対象者】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 6歳未満の児童</li> <li>・ 入院 6歳未満</li> <li>・ 通院 3歳未満</li> </ul> <p>【自己負担】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 初診時一部負担金</li> <li>・ 医科 580円</li> <li>・ 歯科 510円</li> </ul> <p>【所得制限】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 児童手当特例給付準拠</li> </ul>	<p>【対象者の拡大】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入院、通院とも就学前までに拡大 【自己負担の見直し】</li> <li>・ 1割負担の導入</li> <li>・ 月額上限 通院 12,000円 入院 40,200円</li> <li>・ 3歳未満児及び市町村民税非課税世帯は現行どおり据置 (初診時一部負担金のみ)</li> </ul>
老 人 医 療	<p>【対象者】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 所得が一定額以下の65歳から69歳の一人暮らし老人等</li> </ul> <p>【自己負担】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 老人保健制度と同じ額 (1割又は2割負担)</li> </ul> <p>【所得制限】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 老齢福祉年金準拠</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 対象年齢を平成16年8月から毎年1歳ずつ引き上げ、平成20年3月末日で制度廃止</li> <li>・ 平成16年7月末日現在対象者は、認定条件が変わらない限り引き続き対象とする</li> </ul>

※お住まいの市町村により、対象範囲や自己負担額などが異なる場合があります。



## 北海道医療給付事業見直し道案に関する医療機関への説明について

- 1 はじめに（別紙資料1を参照してください。）
- 2 見直しに至った背景及び理由（別紙資料2を参照してください。）
  - ・昨今の急速な高齢化や国の医療保険制度の改正に伴う事業費の増大、少子化対策などの新たなニーズへの対応が求められている中で、将来にわたり制度の安定的な運営を図っていくため、給付や負担の抜本的な見直しを図ることとしました。
- 3 見直しの内容（別紙資料2を参照してください。）
  - ・重度、母子、乳幼児3事業について3歳未満児及び低所得者を除き、1割負担を導入することとします。ただし、老人保健法に準拠して入院外12,000円、入院40,200円を月額自己負担の上限とします。
  - ・乳幼児医療の入・通院をともに就学前まで拡大します。また、母子家庭等医療については父子家庭を加え、「ひとり親家庭等医療」に変更します。
  - ・なお、入院で40,200円を超える場合は、超える額については受給者から受領せずに請求書により市町村に請求してください。入院外で1レセプト当たりの1割相当額が12,000円を超える場合も、その超える額については受給者から受領せずに請求書により市町村に請求してください。（重度、母子医療に限る）
- 4 請求書及び受給者証（別紙資料3をご覧ください。）
  - 特に留意願いたい事項
    - ・受給者証には各事業毎に、自己負担が初診時一部負担金のみ（○初）と、1割負担となる（○課）の2種類があります。（重度医療にはさらに老健法対象の（老初）と、（老課）があります。）自己負担の受領及び医療費請求書の記載に当たっては、間違いの無いようお願いいたします。
    - ・請求書は必ず「16年10月診療分より適用」の新様式をご使用願います。（旧様式は使えません。）
    - ・請求書の記載に当たっては、診療月や入・外の区分等記載漏れなどが無いようお願いいたします。（診療月を「//」としたり、記載漏れの場合にはエラーとなり返戻されることとなります。）
    - ・受給者番号は受給者証の番号を記載してください。（受給者証の記号を記載しないように願います。）
    - ・（○課）の人工透析等の長期高額疾病については、受給者から1割自己負担分として10,000円を受領するとともに、（72）（73）欄の「長」を○で囲み、老健の場合は（73）欄に、その他の場合は、（72）欄に10,000円と記載するとともに一部負担金欄も「課」を○で囲み、10,000円と記載してください。（医療費の1割が10,000円未満の場合は当該額とする。）
    - ・（○課）の受給者で更生医療・育成医療による医療を受ける場合で公費負担がある時（長期高額疾病に該当する疾病に限る。）は、患者負担として請求する金額（徴収基準額相当額）を記載し、「更」を○で囲むこと。また、徴収基準額相当額は1割負担導入に伴い、受給者より受領してください。
- 5 記載例について
  - ・国保連で記載例を作成したので添付しますから参照願います。（道医報に搭載予定）  
なお、記載方法の質問は国保連合会に、また、請求書が入用の場合は最寄りの市町村医療助成担当窓口にご連絡願います。

# H 1 5 北海道医療給付事業の概要

区分	種別	根拠法令等	重度心身障害者医療給付事業	母子家庭等医療給付事業	乳幼児医療給付事業	老人医療給付特別対策事業
根拠法令等		補助要綱(昭和48年10月1日開始)	補助要綱(昭和48年10月1日開始)	補助要綱(昭和48年10月1日開始)	補助要綱(昭和48年10月1日開始)	補助要綱(昭和53年2月1日開始)
制度の概要		<ol style="list-style-type: none"> <li>1 重度心身障害者の健康の保持と福祉の増進を図るため、市町村が実施する重度心身障害者医療給付事業に要する経費について補助する。</li> <li>2 市町村が発行する重度心身障害者医療受給者証を保健医療機関等の窓口に表示して医療給付を受ける。</li> <li>3 医療費は、各種医療保険又は老人保健法による給付が行われた場合における患者負担分を公費負担する。(一部負担金等は除く)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 母子家庭等の母及び児童の健康の保持と福祉の増進を図るため、市町村が実施する母子家庭等医療給付事業に要する経費について補助する。</li> <li>2 市町村が発行する母子家庭等医療受給者証を保健医療機関等の窓口に表示して医療給付を受ける。</li> <li>3 医療費は、各種医療保険による給付が行われた場合における患者負担分を公費負担する。(一部負担金等は除く)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 乳幼児の疾病の早期診断と早期治療を促進して、乳幼児の健康の保持と福祉の増進を図るため、市町村が実施する乳幼児医療給付事業に要する経費について補助する。</li> <li>2 市町村が発行する乳幼児医療受給者証を受け付ける。</li> <li>3 医療費は、各種医療保険による給付が行われた場合における患者負担分を公費負担する。(一部負担金等は除く)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 老人の健康の保持と福祉の増進を図るため、市町村が実施する老人医療給付特別対策事業に要する経費について補助する。</li> <li>2 市町村が発行する老人医療受給者証を保健医療機関等の窓口に表示して医療給付を受ける。</li> <li>3 医療費は、各種医療保険による給付が行われた場合における患者負担分を公費負担する。(一部負担金等は除く)</li> </ol>	
補対象	対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身障1級・2級・3級の者</li> <li>(ただし、3級の者については、心臓、腎臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害に限る。)</li> <li>・重度の知的障害者</li> <li>(10歳未満35歳以下、身障者にあつては10歳未満50歳以下)</li> </ul>	母子家庭等の母及び20歳未満の児童	(対象年齢) 6歳未満児 (給付期限) 6歳に達する日の属する月の末日まで	65歳以上70歳未満の老人で、次の要件に該当する者 ・ひとり暮らし老人 (ひとり暮らし期間が6ヶ月以上) ・老人夫婦世帯 (一方の配偶者が60歳以上) ・老人と児童の世帯 (児童は18歳未満)	
補助	入院・通院の別	入院・通院	母親：入院のみ、児童：入院・通院	入院：6歳未満児、通院：3歳未満児	入院・通院	
対象	所得制限	特別障害者手当(配偶者及び扶養義務者の額)に準拠【扶3人6,962千円(収入9,069千円)】	児童扶養手当(孤児等の養育者・配偶者・扶養義務者の額)に準拠【扶2人2,120千円(収入4,127千円)】	児童手当(特別給付の額)に準拠【扶3人5,740千円(収入7,800千円)】	老齢福祉年金に準拠【扶1人1,975千円(収入3,080千円)】	
対象	自己負担(患者一部負担金等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初診時一部負担金 医科580円 歯科510円 柔整270円</li> <li>・指定訪問看護の基本利用料(老人訪問看護に準拠)</li> <li>・入院時食事療養費の標準負担額</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初診時一部負担金 医科580円 歯科510円 柔整270円</li> <li>・指定訪問看護の基本利用料(老人訪問看護に準拠)</li> <li>・入院時食事療養費の標準負担額</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初診時一部負担金 医科580円 歯科510円</li> <li>・指定訪問看護の基本利用料(老人訪問看護に準拠)</li> <li>・入院時食事療養費の標準負担額</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・老人保健法に規定に拠じた一部負担金 一定以上所得者……医療費の2割 上記以外の者……医療費の1割</li> <li>・老人訪問看護の基本利用料相当額 一定以上所得者……医療費の2割 上記以外の者……医療費の1割</li> <li>・入院時食事療養費の標準負担額</li> </ul>	
実施主体	実施主体	市町村	市町村	市町村	市町村	市町村
予算額・対象人員(平成15年度)	市町村に対する補助率	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市：5.2/10以内</li> <li>・財政力指数0.31未満の市及び町村：16/30以内</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市：5.2/10以内</li> <li>・財政力指数0.31未満の市及び町村：16/30以内</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市：5.2/10以内</li> <li>・財政力指数0.31未満の市及び町村：16/30以内</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市：5.2/10以内</li> <li>・財政力指数0.31未満の市及び町村：16/30以内</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市：5.2/10以内</li> <li>・財政力指数0.31未満の市及び町村：16/30以内</li> </ul>
	予算額・対象人員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・予算額：9,583,975千円</li> <li>・対象人員：122,756人</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・予算額：1,359,138千円</li> <li>・対象人員：131,201人</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・予算額：2,912,349千円</li> <li>・対象人員：254,215人</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・予算額：1,217,824千円</li> <li>・対象人員：29,082人</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・予算額：15,073,286千円</li> <li>・対象人員：537,254人</li> </ul>

※ 市町村に対する補助率は、平成12年度から5ヶ年間の通算方式で引き下げている。(平成16年度には2分の1以内)



平成 年 月分下記のとおり請求する

平成 年 月 日

医療機関コード

市町村長 様

医療機関等の  
所在地及び名称  
開設者氏名  
Tel

※記載要領裏面

区分	保険給付	件数	診療報酬請求総点数 (10割份)	一部負担金	請求事務手数料	区分	件数	診療報酬請求総点数 (10割份)	一部負担金
請求	⑦1 7割	件	点	円	円	※決定	件	点	円
	⑦1 8割								
	⑦1 9割								
	⑦2 前期高齢者			円					円
	⑦3 障老								
	⑦4 備考								

(内 訳 書)

診療年月	受給者番号		入院外来区分	診療報酬請求総点数 (レセプトの総点数)			請求金額 (2割負担・在総・長期高額疾病・結核・精神・更生育成)		一部負担金	⑦4 備考 (薬剤)
	患者氏名	患者氏名		⑦1 7割	⑦1 8割	⑦1 9割	⑦2 前期高齢者	⑦3 障老		
年 月			入・外	点	点	点	2割・在・長・結・精・更	円	初・課	円
	(*8桁→7桁に変更)		入・外							
			入・外				2割・在・長・結・精・更		初・課	
			入・外				2割・在・長・結・精・更		初・課	
			入・外				2割・在・長・結・精・更		初・課	
			入・外				2割・在・長・結・精・更		初・課	
			入・外				2割・在・長・結・精・更		初・課	
			入・外				2割・在・長・結・精・更		初・課	
			入・外				2割・在・長・結・精・更		初・課	
			入・外				2割・在・長・結・精・更		初・課	
小 計			件数	件	件	件	件	円		円
			点数	点	点	点	円	円		

記載要領

- 1 受給者番号については、受給者証の受給者番号のみを記載すること。
  - 2 入院・外来区分欄は該当するものを○で囲むこと。(記載漏れの無いよう願います)
  - 3 ⑦① 診療報酬請求総点数欄は、下記「4」以外の保険給付割合が7割・8割・9割の一般の受給者について、それぞれレセプトの総点数を記載すること。
  - 4 請求金額(2割負担・在総・長期高額疾病・結核・精神・更生育成)欄は、前期高齢者、障老(老人保健法対象者)の受給者及び在総診・在医総・長期高額疾病並びに結核・精神・更生・育成の各公費医療の適用を受ける受給者について、それぞれ該当する金額を⑦② 前期高齢者(一般受給者を含む)欄と⑦③ 障老欄に分けて記載すること。【○初に限る】
    - (1) 在総(⑦② ⑦③ 欄共通)  
在総診(寝たきり老人在宅総合診療料)又は在医総(在宅末期医療総合診療料)を算定した受給者について、レセプトに記載された(一部)負担金額を記載し、「在」を○で囲むこと。
    - (2) 長期高額疾病(⑦② ⑦③ 欄共通)  
長期高額疾病の受療証を提示した受給者について、高額療養費(月1万円)として請求する額を記載し、「長」を○で囲むこと。
    - (3) 結核(公費【10】【11】)・精神(公費【20】【21】)医療(⑦② ⑦③ 欄共通)  
結核予防・精神保健福祉各法による公費負担があるときは、患者負担として請求する金額(公費該当点数の5%相当額)を記載し、「結・精」の該当するものを○で囲むこと。  
なお、公費に該当しない医療も同時にあるときは、レセプトの総点数から公費該当点数を差し引いた点数をそれぞれの保険給付欄に記載し、このときの請求件数は、保険給付欄の1件のみをカウントすること。
    - (4) 更生(公費【15】)・育成(公費【16】)医療(⑦② ⑦③ 欄共通)  
身体障害者福祉・児童福祉各法に基づく更生医療・育成医療による公費負担があるとき(長期高額疾病に該当する疾病に限る)は、患者負担として請求する金額(徴収基準額相当額)を記載し、「更」を○で囲むこと。  
なお、公費に該当しない医療も同時にあるときは、レセプトの総点数から公費該当点数を差し引いた点数をそれぞれの保険給付欄に記載し、このときの請求件数は、保険給付欄の1件のみをカウントすること。
  - (5) 前期高齢者(⑦② 欄のみ)  
老人保健法対象外の70歳以上の前期高齢者であって、上記(1)~(4)に該当しない受給者について、1割又は2割相当額(食事療養費を除く)を円単位(入院については、レセプトに記載された(一部)負担金額)で記載すること。  
なお、2割負担の受給者の場合は、「2割」を○で囲むこと。
  - (6) 障老(⑦③ 欄のみ)  
老人保健法対象者であって、上記(1)~(4)に該当しない受給者について、1割又は2割相当額(食事療養費を除く)を円単位(入院については、レセプトに記載された(一部)負担金額)で記載すること。  
なお、2割負担の受給者の場合は、「2割」を○で囲むこと。
- 5 一部負担金額欄は次のとおり記載すること。
  - (1) 低所得者(受給者証に○初と表示)について初診料を算定した場合に、「初」を○で囲むとともに、初診時一部負担金を徴収したときはその徴収金額を記載し、市町村と都市医・歯科医師会との間で初診時一部負担金を徴収しない旨の協定をしているときは初診時一部負担金相当額を○で囲んで記載すること。
  - (2) それ以外の場合(受給者証に○と表示)については、「課」を○で囲むとともに、1割相当額を徴収した時はその徴収金額を記載し、市町村と都市医・歯科医師会との間で1割相当額を徴収しない旨の協定をしているときは1割相当額を○で囲んで記載すること。
- 6 同じ診療年月であっても、診療年月欄に「/」とせずに「○年○月」と記載すること。
- 7 「小計」欄は、2枚以上にわたるときにのみ記載すること。
- 8 2枚以上にわたるときは、2枚目以降は内訳書のみを記載し、上部は斜線を引くこと。
- 9 ※印(決定)欄は記載しないこと。

ひとり親家庭等医療費請求書 (医療機関用)

平成 年 月分下記のとおり請求する

平成 年 月 日

医療機関コード

市町村長 様

医療機関等の  
所在地及び名称  
開設者氏名  
Tel

※記載要領裏面

区分	保険給付	件数	診療報酬請求総点数 (10割分)	一部負担金	請求事務手数料	区分	件数	診療報酬請求総点数 (10割分)	一部負担金
請求	(75) 7割	件	点	円	円	※決定	件	点	円
	(75) 8割								
	(75) 9割								
	(77) 長期高額		円					円	
	結・精								
	(78) 備考								

(内 訳 書)

診療年月	受給者番号 患者氏名	入院 外来 区分	診療報酬請求総点数 (レセプトの総点数)			(77) 請求金額	一部負担金	(78) 備考 (薬剤)
			保険給付 (75) 7割	(75) 8割	(75) 9割			
年 月	(※8桁→7桁に変更)	入・外	点	点	点	円	結・精 円	初・課 円
		入・外					結・精	初・課
		入・外					結・精	初・課
		入・外					結・精	初・課
		入・外					結・精	初・課
		入・外					結・精	初・課
		入・外					結・精	初・課
		入・外					結・精	初・課
		入・外					結・精	初・課
		入・外					結・精	初・課
		入・外					結・精	初・課
小 計			件数	件	件	件	円	円
			点数	点	点	点	円	円

記載要領

- 1 受給者番号については、受給者証の受給者番号のみを記載すること。
- 2 入院・外来区分欄は該当するものを○で囲むこと。(記載源れの無いよう願います)
- 3 ⑦⑤ 診療報酬請求総点数欄は、下記「4」以外の保険給付割合が7割・8割・9割の一般の受給者について、それぞれレセプトの総点数を記載すること。
- 4 ⑦⑦ 長期高額疾病・結核・精神欄は、長期高額疾病並びに結核・精神の各公費医療の適用を受ける受給者について、それぞれ該当する金額を記載すること。【○初に限る】

(1) 長期高額疾病

長期高額疾病の受療証を提示した受給者について、高額療養費（月1万円）として請求する額を記載すること。

(2) 結核（公費【10】【11】）・精神（公費【20】【21】）医療

結核予防・精神保健福祉各法による公費負担があるときは、患者負担として請求する金額（公費該当点数の5%相当額）を記載し、「結・精」の該当するものを○で囲むこと。

なお、公費に該当しない医療も同時にあるときは、レセプトの総点数から公費該当点数を差し引いた点数をそれぞれの保険給付欄に記載し、このときの請求件数は、保険給付欄の1件のみをカウントすること。

5 一部負担金額欄は次のとおり記載すること。

(1) 低所得者（受給者証に ○初 と表示）について初診料を算定した場合に、「初」を○で囲むとともに、初診時一部負担金を徴収したときはその徴収金額を記載し、市町村と郡市医・歯科医師会との間で初診時一部負担金を徴収しない旨の協定をしているときは初診時一部負担金相当額を○で囲んで記載すること。

(2) それ以外の場合（受給者証に ○ と表示）については、「課」を○で囲むとともに、1割相当額を徴収した時はその徴収金額を記載し、市町村と郡市医・歯科医師会との間で1割相当額を徴収しない旨の協定をしているときは1割相当額を○で囲んで記載すること。

6 同じ診療年月であっても、診療年月欄に「//」とせず「○年○月」と記載すること。

- 7 「小計」欄は、2枚以上にわたるときにのみ記載すること。
- 8 2枚以上にわたるときは、2枚目以降は内訳書のみを記載し、上部は斜線を引くこと。
- 9 ※印（決定）欄は記載しないこと。

重度心身障害者医療費受給者証

障初

記号	番号		
受給者	住所		
	氏名	男・女	
有効期限	生年月日	年	月 日
		平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで
発行機関及び印			
交付年月日	平成 年 月 日		

注意事項

- この証で保険医療機関等において診療を受ける際は初診の場合に限り次の初診時一部負担金を支払ってください。
  - ① 医科受診の場合 580円
  - ② 歯科受診の場合 510円
  - ③ 柔道整復師受療の場合 270円
  - ④ その他市（町村）長が定める額
- 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証（又は組合員証）に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 受給者の資格がなくなったり、速やかにこの証を市（町村）長に返してください。
- 氏名、居住地に変更があったときは、○日以内にこの証を添えて市（町村）長にその旨を届け出てください。
- 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、○日以内に市（町村）長にその旨を届け出てください。
- この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
- 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市（町村）長に返してください。
- 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。



親課

ひとり親家庭等医療費受給者証

記号	番号		
受給者	住所		
	氏名	男・女	
生年月日	年	月	日
有効期限	平成	年	月 日から
	平成	年	月 日まで
【〇月末までは初診時一部負担金のみ】			
発行機関名及び印			
交付年月日	平成	年	月 日

注意事項

- この証で保険医療機関等において診療を受ける際は次の一部負担金を支払ってください。
  - ① 内科、歯科、調剤、柔道整復師の場合 1割に相当する額
  - ② その他市（町村）長が定める額
- 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証（又は組合員証）に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 受給者の資格がなくなつたときは、速やかにこの証を市（町村）長に返してください。
- 氏名、居住地に変更があつたときは、〇日以内にこの証を添えて市（町村）長にその旨を届け出てください。
- 加入している医療保険又はその内容に変更があつたときは、〇日以内に市町村長にその旨を届け出てください。
- この証を破つたり、汚したり又は失つたりしたときは、再交付を受けてください。
- 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市（町村）長に返してください。
- 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けず、

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">乳課</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">乳幼児医療費受給者証</div>			
記号	北一	番号			
乳 幼 児	住 所 地	北海道			
	氏 名		男・女		
	生年月日	年	月	日	
有 効 期 限	平成	年	月	日から	
		平成	年	月	日まで
【10月末までは初診時一部負担金のみ】※					
発 行 機 関					
名 及 び 印					
交 付 年 月 日	平成	年	月	日	

注 意 事 項

- 1 この証は保険医療機関等で受診した場合、窓口で支払った自己負担相当額分を市（町村）長から返還してもらう証ですから大切に保存してください。
- 2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証（又は組合員証）に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 3 受給者の資格がなくなったり、速やかに、この証を市（町村）長に返してください。
- 4 氏名、住所地に変更があったときは、○日以内にこの証を添えて市（町村）長にその旨を届け出てください。
- 5 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、○日以内に市（町村）長にその旨を届け出てください。
- 6 この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
- 7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市（町村）長に返してください。
- 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。

※ 有効期限内に3歳未到達の場合は、カッコ書きは使用しない。

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p style="margin: 0;">老課</p> </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p style="margin: 0;">重度心身障害者医療費受給者証</p> </div>			
記号	番号				
住所					
氏名			男・女		
生年月日	年	月	日		
有効期限	平成	年	月	日から	
	平成	年	月	日まで	
発行機関 名及び印					
交付年月日	平成	年	月	日	

注 意 事 項

- 1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は次の一部負担金を支払ってください。
  - ① 医科、歯科、調剤、柔道整復師の場合 1割に相当する額
  - ② その他市(町村)長が定める額
- 2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 3 受給者の資格がなくなるときは、速やかにこの証を市(町村)長に返してください。
- 4 氏名、居住地に変更があったときは、○日以内にこの証を添えて市(町村)長にその旨を届け出てください。
- 5 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、○日以内に市(町村)長にその旨を届け出てください。
- 6 この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
- 7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市(町村)長に返してください。
- 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。

その3

親初

ひとり親家庭等医療費受給者証

記号		番号	
受給者	住所		
	氏名		男・女
	生年月日	年 月 日	
有効期限		平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで
発行機関			
名及び印			
交付年月日		平成 年 月 日	

注意事項

- この証で保険医療機関等において診療を受ける際は初診の場合に限り次の初診時一部負担金を支払ってください。
  - ① 内科受診の場合 580円
  - ② 歯科受診の場合 510円
  - ③ 柔道整復師受療の場合 270円
  - ④ その他市（町村）長が定める額
- 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証（又は組合員証）に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 受給者の資格がなくなったりは、速やかにこの証を市（町村）長に返してください。
- 氏名、居住地に変更があったときは、○日以内にこの証を添えて市（町村）長にその旨を届け出てください。
- 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、○日以内に市町村長にその旨を届け出てください。
- この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
- 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市（町村）長に返してください。
- 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けず、

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">                 親課             </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto;">                 ひとり親家庭等医療費受給者証             </div>	
記号	番号		
受給者	住所		
	氏名	男・女	
	生年月日	年	月 日
有効期限	平成	年	月 日から
	平成	年	月 日まで
【O月末までは初診時一部負担金のみ】			
発行機関及び印			
交付年月日	平成	年	月 日

注 意 事 項

- 1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は次の一部負担金を支払ってください。
  - ① 医科、歯科、調剤、柔道整復師の場合 1割に相当する額
  - ② その他市（町村）長が定める額
- 2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証（又は組合員証）に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 3 受給者の資格がなくなったり、速やかにこの証を市（町村）長に返してください。
- 4 氏名、居住地に変更があったときは、○日以内にこの証を添えて市（町村）長にその旨を届け出てください。
- 5 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、○日以内に市町村長にその旨を届け出てください。
- 6 この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
- 7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市（町村）長に返してください。
- 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。

乳 幼 児 医 療 費 受 給 者 証	
乳 幼 児	記 号 北一 番 号
住 所 地	北 海 道
氏 名	男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日
有 効 期 限	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで
発 行 機 関 名 及 び 印	【10月末までは初診時一部負担金のみ】※
交 付 年 月 日	平成 年 月 日

注 意 事 項

- 1 この証は保険医療機関等で受診した場合、窓口で支払った自己負担相当額分を市（町村）長から返還してもらう証です。大切に保存してください。
- 2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証（又は組合員証）に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 3 受給者の資格がなくなったり、速やかに、この証を市（町村）長に返してください。
- 4 氏名、住所地に変更があったときは、○日以内にこの証を添えて市（町村）長にその旨を届け出てください。
- 5 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、○日以内に市（町村）長にその旨を届け出てください。
- 6 この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
- 7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市（町村）長に返してください。
- 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。

※ 有効期限内に3歳未到達の場合は、カッコ書きは使用しない。

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">乳初</div>		乳幼児医療費受給者証			
記号	北一	番号			
乳幼児	住所地	北海道			
	氏名		男・女		
	生年月日	年	月	日	
有効期限	平成	年	月	日から	
	平成	年	月	日まで	
発行機関					
名及び印					
交付年月日	平成	年	月	日	

注 意 事 項

- 1 この証は保険医療機関等で受診した場合、窓口で支払った自己負担相当額分を市（町村）長から返還してもらう証ですから大切に保存してください。
- 2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証（又は組合員証）に添えてこの証を必ず窓口提出してください。
- 3 受給者の資格がなくなつたときは、速やかに、この証を市（町村）長に返してください。
- 4 氏名、住所地に変更があつたときは、○日以内にこの証を添えて市（町村）長に届け出てください。
- 5 加入している医療保険又はその内容に変更があつたときは、○日以内に市（町村）長にその旨を届け出てください。
- 6 この証を破つたり、汚したり又は失つたりしたときは、再交付を受けてください。
- 7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市（町村）長に返してください。
- 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。

# 重度心身障害者及びひとり親家庭等医療費請求書の様式改正に伴う記載上の留意点(平成16年10月診療分より)

No. 1

## 重度心身障害者医療費請求書 (医療機関用)

平成 年 月 日  
 平成 年 月 日  
 ○○○ 市町村長 様

医療機関コード

医療機関等の所在地及び名称  
 開設者氏名  
 Tel

※記載要領裏面

区分	医療給付件数	診療報酬請求点数(10割分)	一部負担金請求率(10割分)	診療報酬請求点数(一部負担金)	請求額(10割分)		一部負担金(10割分)		備考
					請求額	一部負担金	請求額	一部負担金	
①	7割	44,998	30,096	13,902	11,902	13,902	11,902		
②	8割	2	580	1,160	232	1,160	232		
③	9割	3	96,485	289,455	25,727	289,455	25,727		
④	障害者	4	81,904	27,989		27,989			
⑤	備考								

  

診療年月	受給者番号	患者氏名	入院外来区分	診療報酬請求額(10割分)		一部負担金(10割分)		備考
				請求額	一部負担金	請求額	一部負担金	
16.10	000001123	国保太郎	入	2,355	580	2,355	580	
16.10	000004516	国保花子	入	2,355	580	2,355	580	
16.10	0077456	国保一郎	入	14,763	1,476	14,763	1,476	
16.10	0001111	国保二郎	入	25,537	2,554	25,537	2,554	
16.10	0002211	国保三郎	入	1,355	136	1,355	136	
16.10	1231111	社保五郎	外					
16.10	0003311	社保良子	外					
16.10	0007171	社保幸子	外					
16.10	0002222	社保六郎	入					
16.10	0055111	社保七郎	入					
小計				41,655	4,710	41,655	4,710	

●市町村名を記載する。  
 ●広域連合の場合も各々の市町村名を記載すること。

例1: 3歳未満・外来・初診時記載例  
 (診療年月は一行ごとに記載する。)  
 (同上の場合の" "等は不可。)

例2: 3歳未満・外来・初診時一部負担金を徴収しない協定ありの記載例  
 (受給者番号は右詰めで7桁まで記載する。0も記載する。)  
 氏名を記載する。

例3: 一般・入院・課税記載例

例4: 一般・外来・課税記載例

例5: 外来・低所得者記載例

例6: 前期高齢者・入院・課税・2割記載例

例7: 入院・低所得者記載例

例8: 障害者・入院・2割記載例

例9: 障害者・外来・2割記載例

例10: 障害者・外来・2割・徴収しない協定ありの記載例

●低所得者及び3歳未満について初診料を算定した場合に「初」を○で囲み、初診時一部負担金を記載する。

●初診時一部負担金を徴収しない旨の協定をしている場合は、初診時一部負担金を○で囲んで記載する。

●一部負担金を徴収した場合は、「課」を○で囲み、一部負担金を記載する。一部負担金は1割相当額(40,200円限度)を1円単位で記載する。(入院)

●1割相当額(12,000円限度)を1円単位で記載する。(外来)

●一部負担金額に記載を要しない場合は空欄

●障害者の金額(入院)は、レセプトに記載された一部負担金(10円未満四捨五入)を記載する。一部負担金額の金額は、1割相当額を1円単位で記載する。

●一部負担金(1割相当額)を徴収した場合は

●一部負担金を徴収しない旨の協定をしている場合は、一部負担金を○で囲んで記載する。

※一部負担金1割相当額の限度額  
 入院 40,200円  
 外来 12,000円





