

記載例

重度心身障害者医療費請求書 (市町村用)

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
 《旭川市のみ》

医療機関等の
 所在地及び名称
 開設者氏名
 TEL

一部負担金の合計を保険給付
 によりそれぞれ記載する。

* 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	⑦	4	24,000	2,0840	840	兼決			
	⑧	1	1,000		210				
	⑨								
求	⑩	1	76,485	39,620	210	定			
	⑪	4	81,582	28,409	840				
	⑫								

初診時一部負担金

医科	580円
歯科	510円
柔整	270円

受給者番号については、「0」を省略せず
 7ケタの番号を記載する。
 診療年月については、「#」を使用せず
 正確に記載する。

訳 書)

診療 年月	受 患者氏名	外 来 区 分	保 険 給 付			請求金額 (2割負担・在診・長期 レセプトの総点数)	一部負担金	備 考 (高 割)
			⑦	⑧	⑨			
17 4	0123456 障初(外来・初診あり) の場 合	入 ⑦		1000		580		
17 4	0234567 障初(外来・初診あり) の場 合	入 ⑦	1000			580		
17 4	0012345 障課(入院・初診あり) の場 合	② 外	20,000			19,420	580	
17 4	0345678 障課(病室・入院・2割 初診あり)の場 合	② 外			76,485	39,620	580	
17 4	0456789 障課(外来・初診あり) の場 合	入 ⑦	2,000			1,420	580	
17 4	0567890 老課(外来・入院・初診 あり)の場 合	入 ⑦				420	580	
17 4	0678901 障初(外来・初診あり) 6歳以上の場 合	入 ⑦	1,000					
17 4	0789012 老初(入院・初診あり) の場 合	② 外			24,600		記載なし	
17 4	0890123 老課(入院・2割) の場 合	② 外			54,660	27,328		
17 4	0901234 老課(外来・2割) の場 合	入 ⑦			1,322	661		
小	計		4	1		4		
			24,000	1,000		76,485	81,582	88,869

窓口での徴収はなし。
 初診時一部負担金も含めて
 扶助費として市が支払う。

(入院)
 障課又は老課の受給者証
 で受診した場合は「課」を○で
 囲み、1割相当額(40,200円限度)
 を1円単位で記載する。

初診時一部負担金は、市が助成するため患者負担は求めず
 市へ請求。1割負担から初診時一部負担金をひいた金額が
 患者負担となる。

「障老」欄の金額(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。
 一部負担金の金額は、1割
 相当額(40,200円限度)を
 1円単位で記載する。

一部負担金(1割相当額)
 を1円単位で記載する。

記載例

ひとり親家庭等医療費請求書 (市町村用)

平成 年 月分下記のとおり請求する 医療機関コード

平成 年 月 日

市町村長 様
《旭川市のみ》

医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名
TEL

一部負担金の合計を保険給付
によりそれぞれ記載する。

*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	⑬ 7割	4件	5,300点	4,040円	840円	※決	件	点	円
	⑭ 8割	1	2,000		210				
	⑮ 9割								
請求	長期高額		円			定			

初診時一部負担金

医科	580円
歯科	510円
柔整	270円

受給者番号については、「0」を省略せず
7ケタの番号を記載する。
診療年月については、「#」を使用せず
正確に記載する。

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)			⑰ 請求金額		一部負担金	備考 (薬剤)
			⑬ 7割	⑭ 8割	⑮ 9割	長期高額疾病	結核・精神		
17.4	0123456 親課(外来初診初)の場合	入・外 ⑮	1,000			初・課 420円	580		
17.4	0234567 親課(入院初診初)の場合	入・外 ⑮	5,000			結・精 初・課 9,620円	580		
17.4	0345678 親初(外来初診初)の場合	入・外 ⑮	1,000			結・精 初・課 580円	580		
17.4	0456789 親初(外来初診初)18歳未満の場合	入・外 ⑮		2,000		結・精 初・課 580円	580		
17.4	0567890 親初(外来初診初)の場合	入・外 ⑮	1,000			結・精 初・課 記載なし			
小計			4件 5,300点	1件 2,000点			4,040円		

初診時一部負担金は、市が助成するため患者負担は求めず市へ請求。1割負担から初診時一部負担金をひいた金額が患者負担となる。

(入院)
親課の受給者証で受診した場合は「課」を○で囲み、1割相当額(40,200円限度)を1円単位で記載する。

窓口での徴収はなし。
初診時一部負担金も含めて扶助費として市が支払う。

記載なし