

# レセプト請求（平成 30 年 8 月診療分～）

## 札幌市医療費助成の公費負担者番号

子ども医療費助成：92014000

重度心身障がい者医療費助成：47014006

ひとり親家庭等医療費助成：95014007

|                |                          |                 |       |
|----------------|--------------------------|-----------------|-------|
| ○              |                          | 重度心身障がい者医療費受給者証 |       |
| 公費負担者<br>番号    | 47014006                 | 受給者<br>番号       | ***** |
| 受<br>給<br>者    | 住 所                      |                 |       |
|                | 氏 名                      |                 |       |
|                | 生年月日                     | 年 月 日           |       |
| 有 効 期 間        | 平成 年 月 日から<br>平成 年 月 日まで |                 |       |
| 発行機関名<br>及 び 印 | 北 海 道<br>札 幌 市 長         |                 |       |
| 交付年月日          | 平成 年 月 日                 |                 |       |

|                |                          |                    |       |
|----------------|--------------------------|--------------------|-------|
| ○              |                          | ひとり親家庭等<br>医療費受給者証 |       |
| 公費負担者<br>番号    | 95014007                 | 受給者<br>番号          | ***** |
| 受<br>給<br>者    | 住 所                      |                    |       |
|                | 氏 名                      |                    |       |
|                | 生年月日                     | 年 月 日              |       |
| 有 効 期 間        | 平成 年 月 日から<br>平成 年 月 日まで |                    |       |
| 発行機関名<br>及 び 印 | 北 海 道<br>札 幌 市 長         |                    |       |
| 交付年月日          | 平成 年 月 日                 |                    |       |

|                |                            |
|----------------|----------------------------|
| 札幌市子ども医療費受給者証  |                            |
| 有 効 期 間        | 平成 年 月 日 から<br>平成 年 月 日 まで |
| 公費負担者<br>番号    | 92014000                   |
| 受給者<br>番号      | *****                      |
| 対<br>象<br>者    | 氏 名                        |
|                | 生年月日                       |
| 保<br>護<br>者    | 住 所                        |
|                | 氏 名                        |
| 発行機関名<br>及 び 印 | 北 海 道<br>札 幌 市 長           |
| 交付年月日          | 平成 年 月 日                   |

有効期間が平成 30 年 8 月 1 日以降の受給者証には、「公費負担者番号」と「受給者番号」が記載されます。  
受給者証の左上に記載されている区分により、一部負担金が変わりますのでご注意ください。

|                      |                          |                       |       |
|----------------------|--------------------------|-----------------------|-------|
| ○ 診療報酬明細書<br>(医療入院外) |                          |                       |       |
| 公費負担者<br>番号 ①        | 92014000                 | 公費負担<br>医療の受<br>給者番号① | ***** |
| 公費負担者<br>番号 ②        |                          | 公費負担<br>医療の受<br>給者番号② |       |
| 氏 名                  | 特 記 事 項                  |                       |       |
|                      | 保険医<br>審機関<br>の所在<br>地及び |                       |       |

レセプトに公費負担者番号と  
受給者番号を記載

レセプト記載例① 医科外来・子ども医療費助成（小学1年生まで）

様式第二（一）

|                                  |  |                                                                   |  |                                                                |  |
|----------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------|--|
| ○診療報酬明細書<br>(医科入院外)              |  | 都道府県 医療機関コード<br>県番号                                               |  | 1 1 社・国 3 後期 1 単独 2 本外 8 高外一<br>2 2 併 4 六外 0 高外7<br>3 3 併 6 家外 |  |
| 平成 年 月 分                         |  | 医療助成受給者番号を記載                                                      |  | 10 9 8<br>7 ( )                                                |  |
| 公費負担者番号① 9 2 0 1 4 0 0 0         |  | 公費負担医療の受給者番号① * * * * *                                           |  | 番号                                                             |  |
| 公費負担者番号②                         |  | 公費負担医療の受給者番号②                                                     |  | 被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号                                            |  |
| 氏名<br>1男 2女                      |  | 該当する公費負担者番号を記載<br>・子ども：92014000<br>・重度：47014006<br>・ひとり親：95014007 |  | 事項<br>保険医療機関の所在地及び名称                                           |  |
| 職務上の事由<br>1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害 |  |                                                                   |  | ( 床)                                                           |  |
| 傷病名<br>(1)<br>(2)<br>(3)         |  | 診療開始日<br>(1) 年 月 日<br>(2) 年 月 日<br>(3) 年 月 日                      |  | 転治ゆ死亡中止診療実日数<br>診療公費①公費②                                       |  |
| 請求点※決                            |  | 1, 250                                                            |  | 減額 割 ( 免除・支払猶予)<br>580                                         |  |
| 療養の給付①公費②                        |  | 点※                                                                |  | 円※ 高額療養費 円※公費負担点数 点※公費負担点数 点                                   |  |

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、記入しないこと。

# レセプト記載例② 医科入院・重度心身障がい者「障課」

様式第二 ( )

| 診療報酬明細書<br>(医科入院)           |                   | 都道府県番号                                                            | 医療機関コード | 1<br>医            | 1<br>社・国<br>公費 | 3<br>後期<br>退職                  | 1<br>単独<br>2<br>併<br>3<br>併 | 1<br>本入<br>3<br>六入<br>5<br>家入 | 7<br>高入<br>9<br>高入7 |
|-----------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------|---------|-------------------|----------------|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------|
| 平成 年 月 分                    |                   |                                                                   |         | 医療費助成受給者番号を記載     |                |                                |                             | 給付割合<br>10 9 8<br>7 ( )       |                     |
| 公費負担者番号①<br>4 7 0 1 4 0 0 6 |                   | 公費負担者番号②<br>*****                                                 |         | 保険者番号             |                | 被保険者証・被保険者<br>手帳等の記号・番号        |                             |                               |                     |
| 区分                          | 精神                | 該当する公費負担者番号を記載<br>・子ども：92014000<br>・重度：47014006<br>・ひとり親：95014007 |         | 特記事項              |                | 保険医<br>療機関<br>の所在<br>地及び<br>名称 |                             |                               |                     |
| 傷病名                         | (1)<br>(2)<br>(3) | 職務上の事由<br>1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害                                  |         | 診療開始日             |                | 転治ゆ<br>死亡<br>中止<br>診療実日数       |                             | 保険公費①<br>公費②                  |                     |
| 請求点※決定点                     |                   | 75,000                                                            |         | 医療費助成適用後の患者負担額を記載 |                | 57,600                         |                             | 標準負担額 円                       |                     |
| 療養給付                        | 公費①<br>公費②        | 点※                                                                |         | 円※                |                | 円※                             |                             | 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。

レセプト記載例③ 歯科外来・ひとり親家庭「親課」

診療報酬明細書

(歯科)

平成 年 月 分

都道府 医療機関コード  
県番号

|         |                     |                    |                                 |                                 |                                      |
|---------|---------------------|--------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| 3<br>園児 | 1<br>2<br>社・国<br>公費 | 3<br>4<br>後期<br>退職 | 1<br>2<br>3<br>単<br>独<br>併<br>併 | 2<br>4<br>6<br>本<br>外<br>家<br>外 | 8<br>0<br>高<br>外<br>一<br>高<br>外<br>7 |
|---------|---------------------|--------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|

|                            |                           |                     |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |
|----------------------------|---------------------------|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------|--|
| 医療費助成受給者番号を記載              |                           |                     |  |  |  |  |  |  |  | 給付割合<br>10 9 8<br>7 ( ) |  |
| 公費負担者番号<br>9 5 0 1 4 0 0 7 | 公費負担医療の受給者番号<br>* * * * * | 被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号 |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |

|               |      |                 |              |
|---------------|------|-----------------|--------------|
| 氏名<br>1男 2女 1 | 特記事項 | 届出<br>補管<br>歯初診 | 医療機関の所在地及び名称 |
|---------------|------|-----------------|--------------|

該当する公費負担者番号を記載  
 ・子ども：92014000  
 ・重度：47014006  
 ・ひとり親：95014007

|       |       |        |       |
|-------|-------|--------|-------|
| 傷病名部位 | 診療開始日 | 年 月 日  |       |
|       | 診療実日数 | 日 ( 日) |       |
|       | 転帰    | 治癒     | 死亡 中止 |

医療費助成適用後の患者負担額を記載

|    |           |       |    |       |                 |
|----|-----------|-------|----|-------|-----------------|
| 摘要 | 公費分請求点数決定 | 点     | 合計 | 5,600 | 点               |
|    | 患者負担額(公費) | 3,000 | 円  | 決定    | ※               |
|    | 高額療養費     | ※     | 円  | 一部負担金 | 減額 割(円) 免除・支払猶予 |

様式第五

都道府 薬局コード  
県番号

平成      年      月分

医療費受給者番号を記載

|                                                                   |  |               |  |               |  |                |  |          |  |          |  |          |  |          |  |          |  |            |  |          |  |          |  |                 |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|---------------|--|---------------|--|----------------|--|----------|--|----------|--|----------|--|----------|--|----------|--|------------|--|----------|--|----------|--|-----------------|--|
| 氏名                                                                |  | 1男            |  | 職務上の事         |  | 保険医療機関の所在地及び名称 |  | 都道府県番号   |  | 点数表番号    |  | 医療機関コード  |  | 公費負担者番号① |  | 公費負担者番号② |  | 医療費受給番号を記載 |  | 保険者番号    |  | 給付割合     |  | 10 9 8<br>7 ( ) |  |
| 特記事項                                                              |  | 1             |  | 2             |  | 3              |  | 4        |  | 5        |  | 6        |  | 7        |  | 8        |  | 9          |  | 10       |  | 11       |  | 12              |  |
| 該当する公費負担者番号を記載<br>・子ども：92014000<br>・重度：47014006<br>・ひとり親：95014007 |  | 公費負担医療の受給者番号① |  | 公費負担医療の受給者番号② |  | 公費負担者番号①       |  | 公費負担者番号② |  | 公費負担者番号③ |  | 公費負担者番号④ |  | 公費負担者番号⑤ |  | 公費負担者番号⑥ |  | 公費負担者番号⑦   |  | 公費負担者番号⑧ |  | 公費負担者番号⑨ |  | 公費負担者番号⑩        |  |

|     |               |                        |   |   |         |
|-----|---------------|------------------------|---|---|---------|
| 保険  | 請 求 点 ※ 決 定 点 | 医療助成適用後の患者負担額が0円の場合は空欄 |   |   | 管 理 料 点 |
|     | 500           | 減額 割(円) 免除・支払 円        | 点 | 点 | 点       |
| 公費① | 点 ※ 点         |                        | 点 | 点 | 点       |
| 公費② | 点 ※ 点         |                        | 点 | 点 | 点       |

2. ※印の欄は、記入しないこと。

レセプト記載例⑤ 訪問看護・重度心身障がい者「老初」

○ 訪問看護療養費明細書

都道府県番号  
訪問看護ステーション番号

6 1 社・国 3 後 期 1 単 独 2 本 人 8 高 確 一  
公 費 4 退 職 3 3 併 6 家 族 0 高 確 7

平成 年 月 分

医療費助成受給者番号を記載

|          |   |   |   |   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |   |   |   |
|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 公費負担者番号  | 4 | 7 | 0 | 1 | 4 | 0 | 0 | 6 | 公費負担者番号      | * | * | * | * | * | * | * |
| 公費負担者番号② |   |   |   |   |   |   |   |   | 公費負担医療受給者番号② |   |   |   |   |   |   |   |

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

|        |         |   |   |
|--------|---------|---|---|
| 氏 名    | 1 男 2 女 | 姓 | 記 |
| 訪問した住所 |         |   |   |
| 最寄上の事由 |         |   |   |

訪問看護ステーションの住所並び名称

該当する公費負担者番号を記載  
・子ども：92014000  
・重度：47014006  
・ひとり親：95014007

医療費助成適用後の患者負担額を記載  
※訪問看護の場合、「初」「課」ともに1割負担（限度額3,000円/月）

|       |       |        |   |   |     |           |             |       |   |   |             |             |     |  |
|-------|-------|--------|---|---|-----|-----------|-------------|-------|---|---|-------------|-------------|-----|--|
| 合 計   | 保 険 料 | 50,000 | 円 | ※ | 決 定 | 1 月 間 の 額 | 減 額 支 払 い 額 | 3,000 | 円 | ※ | 公 費 負 担 金 額 | 円           | 備 考 |  |
| ① 公 費 |       |        | 円 | ※ |     |           |             |       |   | 円 | ※           | 公 費 負 担 金 額 | 円   |  |
| ② 公 費 |       |        | 円 | ※ |     |           |             |       |   | 円 | ※           | 公 費 負 担 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。

|        |       |      |       |                  |                 |
|--------|-------|------|-------|------------------|-----------------|
| 1      | 1 社・国 | 3 後期 | 1 单独  | 2 本外             | 8 高外—<br>0 高外7  |
| 医<br>科 | 2 公費  | 4 退職 | 2 2 併 | 4 六外             |                 |
|        |       |      | 3 3 併 | 6 家外             |                 |
|        |       |      |       | 給<br>付<br>割<br>合 | 10 9 8<br>7 ( ) |

保險者  
番 号

|      |    |     |   |
|------|----|-----|---|
| 給付割合 | 10 | 9   | 8 |
|      | 7  | ( ) |   |

医療費助成受給者番号を記載

1000

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、記入しないこと。

|    |       |      |       |      |        |
|----|-------|------|-------|------|--------|
| 1  | 1 社・国 | 3 後期 | 1 單獨  | 2 本外 | 8 高外一  |
| 医科 | 2 公費  | 4 退職 | 2 2 併 | 4 六外 |        |
|    |       |      | 3 3 併 | 6 家外 |        |
|    |       |      |       | 給付割合 | 10 9 8 |
|    |       |      |       |      | 7 ( )  |

保險者  
番 号

|      |    |     |   |
|------|----|-----|---|
| 給付割合 | 10 | 9   | 8 |
|      | 7  | ( ) |   |

手帳、記号、番号

- 子ども：92014000
- 重度：47014006
- ひとり親：95014007

床)

|       |  |
|-------|--|
| 診療開始日 |  |
|-------|--|

- (1)
- (2)
- (3)

年  
年  
年

月  
月  
月

三三三

|   |   |   |
|---|---|---|
| 治 | 云 | 三 |
|---|---|---|

Φ 列

—  $\frac{1}{2}$  —

診療実日数

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

---

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
| 1   | 2   | 3   |
| 4   | 5   | 6   |
| 7   | 8   | 9   |
| 10  | 11  | 12  |
| 13  | 14  | 15  |
| 16  | 17  | 18  |
| 19  | 20  | 21  |
| 22  | 23  | 24  |
| 25  | 26  | 27  |
| 28  | 29  | 30  |
| 31  | 32  | 33  |
| 34  | 35  | 36  |
| 37  | 38  | 39  |
| 40  | 41  | 42  |
| 43  | 44  | 45  |
| 46  | 47  | 48  |
| 49  | 50  | 51  |
| 52  | 53  | 54  |
| 55  | 56  | 57  |
| 58  | 59  | 60  |
| 61  | 62  | 63  |
| 64  | 65  | 66  |
| 67  | 68  | 69  |
| 70  | 71  | 72  |
| 73  | 74  | 75  |
| 76  | 77  | 78  |
| 79  | 80  | 81  |
| 82  | 83  | 84  |
| 85  | 86  | 87  |
| 88  | 89  | 90  |
| 91  | 92  | 93  |
| 94  | 95  | 96  |
| 97  | 98  | 99  |
| 100 | 101 | 102 |
| 103 | 104 | 105 |
| 106 | 107 | 108 |
| 109 | 110 | 111 |
| 112 | 113 | 114 |
| 115 | 116 | 117 |
| 118 | 119 | 120 |
| 121 | 122 | 123 |
| 124 | 125 | 126 |
| 127 | 128 | 129 |
| 130 | 131 | 132 |
| 133 | 134 | 135 |
| 136 | 137 | 138 |
| 139 | 140 | 141 |
| 142 | 143 | 144 |
| 145 | 146 | 147 |
| 148 | 149 | 150 |
| 151 | 152 | 153 |
| 154 | 155 | 156 |
| 157 | 158 | 159 |
| 160 | 161 | 162 |
| 163 | 164 | 165 |
| 166 | 167 | 168 |
| 169 | 170 | 171 |
| 172 | 173 | 174 |
| 175 | 176 | 177 |
| 178 | 179 | 180 |
| 181 | 182 | 183 |
| 184 | 185 | 186 |
| 187 | 188 | 189 |
| 190 | 191 | 192 |
| 193 | 194 | 195 |
| 196 | 197 | 198 |
| 199 | 200 | 201 |
| 202 | 203 | 204 |
| 205 | 206 | 207 |
| 208 | 209 | 210 |
| 211 | 212 | 213 |
| 214 | 215 | 216 |
| 217 | 218 | 219 |
| 220 | 221 | 222 |
| 223 | 224 | 225 |
| 226 | 227 | 228 |
| 229 | 230 | 231 |
| 232 | 233 | 234 |
| 235 | 236 | 237 |
| 238 | 239 | 240 |
| 241 | 242 | 243 |
| 244 | 245 | 246 |
| 247 | 248 | 249 |
| 250 | 251 | 252 |
| 253 | 254 | 255 |
| 256 | 257 | 258 |
| 259 | 260 | 261 |
| 262 | 263 | 264 |
| 265 | 266 | 267 |
| 268 | 269 | 270 |
| 271 | 272 | 273 |
| 274 | 275 | 276 |
| 277 | 278 | 279 |
| 280 | 281 | 282 |
| 283 | 284 | 285 |
| 286 | 287 | 288 |
| 289 | 290 | 291 |
| 292 | 293 | 294 |
| 295 | 296 | 297 |
| 298 | 299 | 300 |
| 301 | 302 | 303 |
| 304 | 305 | 306 |
| 307 | 308 | 309 |
| 310 | 311 | 312 |
| 313 | 314 | 315 |
| 316 | 317 | 318 |
| 319 | 320 | 321 |
| 322 | 323 | 324 |
| 325 | 326 | 327 |
| 328 | 329 | 330 |
| 331 | 332 | 333 |
| 334 | 335 | 336 |
| 337 | 338 | 339 |
| 340 | 341 | 342 |
| 343 | 344 | 345 |
| 346 | 347 | 348 |
| 349 | 350 | 351 |
| 352 | 353 | 354 |
| 355 | 356 | 357 |
| 358 | 359 | 360 |
| 361 | 362 | 363 |
| 364 | 365 | 366 |
| 367 | 368 | 369 |
| 370 | 37  |     |

7,777

7,500

7,777

2,500

2,777

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、記入しないこと。



○診療報酬明細書  
(医科入院外)

都道府 医療機関コード  
県番号

|      |       |      |                |      |        |
|------|-------|------|----------------|------|--------|
| 1    | 1 社・国 | 3 後期 | 1 単独           | 2 本外 | 8 高外一  |
| 医科   | 2 公費  | 4 退職 | 2 2 併<br>3 3 併 | 4 六外 | 0 高外7  |
| 給付割合 |       |      |                |      | 10 9 8 |
|      |       |      |                |      | 7 ( )  |

平成 年 月 分

|          |                 |               |                 |               |
|----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|
| 公費負担者番号① | 5 4 0 1 〇 〇 〇 〇 | 公費負担医療の受給者番号① | △ △ △ △ △ △ △ △ | 医療費助成受給者番号を記載 |
| 公費負担者番号② | 9 5 0 1 4 0 0 7 | 公費負担医療の受給者番号② | * * * * *       | 医療費助成受給者番号を記載 |

氏名 1男 2女

職務上の事由

該当する公費負担者番号を「公費負担者番号②」に記載  
 ・子ども：92014000  
 ・重度：47014006  
 ・ひとり親：95014007

|     |     |     |     |       |     |     |     |    |    |    |    |      |          |
|-----|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-----|----|----|----|----|------|----------|
| 傷病名 | (1) | (2) | (3) | 診療開始日 | (1) | (2) | (3) | 転院 | 治癒 | 死亡 | 中止 | 診療日数 | 保険公費①公費② |
|     |     |     |     |       |     |     |     |    |    |    |    |      |          |

請求点数を異点数で記載

|           |       |   |     |               |   |
|-----------|-------|---|-----|---------------|---|
| 療養の給付①公費② | 請求点   | ※ | 決定点 | 一部負担金額        | 円 |
|           | 8,550 |   |     |               |   |
|           | 6,500 | ※ |     | 減額割(P)免除・支払猶予 | 円 |
|           |       |   |     | 5,000         |   |
|           | 8,550 | ※ |     |               | 円 |
|           |       |   |     | 6,000         |   |

公費54に係る一部負担金（公費①の負担金5,000円）と公費54を除いた市町村分②に係る患者負担額（8,550-6,500=2,050点 医療費助成後（1割負担）の患者負担額2,050円）を合算した金額が、医療費助成月限度額（院外処方3,000円/月、院内処方6,000円/月）を超える場合は限度額を記載

|    |       |      |       |      |        |
|----|-------|------|-------|------|--------|
| 1  | 1 社・国 | 3 後期 | 1 単独  | 2 本外 | 8 高外一  |
| 医科 | 2 公費  | 4 退職 | 2 2 併 | 4 六外 |        |
| 記載 |       |      | 3 3 併 | 6 家外 |        |
|    |       |      |       | 給付割合 | 10 9 8 |
|    |       |      |       |      | 7 ( )  |

[illegible]

氏名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . 生

保険医  
療機関  
の所在  
地及び  
名 称

|        |                        |
|--------|------------------------|
| 職務上の事由 | 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害 |
|--------|------------------------|

|             |     |               |     |   |   |   |   |   |   |   |                   |                                      |   |
|-------------|-----|---------------|-----|---|---|---|---|---|---|---|-------------------|--------------------------------------|---|
| 傷<br>病<br>名 | (1) | 診療<br>開始<br>日 | (1) | 年 | 月 | 日 | 転 | 治 | 死 | 中 | 止                 | 保<br>険<br>公<br>費<br>①<br>公<br>費<br>② | 日 |
|             | (2) |               | (2) | 年 | 月 | 日 |   |   |   |   | 診療<br>実<br>日<br>数 | 日                                    |   |
|             | (3) |               | (3) | 年 | 月 | 日 | 帰 |   |   |   |                   | 日                                    |   |

|            |        |   |     |                            |  |
|------------|--------|---|-----|----------------------------|--|
| 療養の給付      | 請求点    | ※ | 決定点 | 一部負担金額<br>円                |  |
|            | 28,550 |   |     | 18,000<br>減額 割 (円) 免除・支払猶予 |  |
|            | 点      | ※ | 点   | 円                          |  |
| ①公費<br>②公費 | 点      | ※ | 点   | 6,000                      |  |
|            |        |   |     | 医療費助成適用後の患者負担額を記載          |  |

医療費助成適用後の患者負担額を記載