

医療機関コード

医科 歯科 調剤 訪問

福

医療福祉費請求書

有効期限 平成 年 月診療分まで 平成 年 月 日

水戸市長様

保険医療機関等の所在地及び名称
開設者氏名

印

電話番号

平成 年 月分の医療福祉費を下記のとおり請求します。

※受診にあたっては、裏面の注意事項を守ってください。

① 受給者証 記号 番号	茨一		受給者 氏名	性別
			生年月日	年 月 日生
被保険者証 記号			保険種別	
被保険者証 番号			保険者名	
本大家庭分 保険請求 点数	点	患者負担要額(老人・前期高齢者) 公費負担等	一定以上所得・一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ 患者負担 割合額 (基本利用料)	3割・2割・1割 外来・入院 の別
保険請求 金額	円	精・結 訪問看護 特定疾患 長期高額疾病 在総診等	円	外来 入院 訪問看護
外来診療 実日数	日	外来自己 負担金額 (重度を除く)	500円×	回
			決定点数	点
			円	決定金額
高齢 重度者 請求 点数	点		決定点数	点
	円		決定金額	円
入院日数	長期入院 該当・非該当	標準負担額	請求 決定	730円× 日 円 ※減額 円× 日 円
食事療養				円
訪問日 (訪問看護)	日			

医 科 歯 科 調 剤 訪 問

福 医 療 福 祉 費 請 求 書

有効期限 平成 年 月 診療分まで 平成 年 月 日

茨城県那珂郡那珂町長 殿

保険医療機関等の所在地及び名称
開設者氏名

印

電話番号

平成 年 月分の医療福祉費を下記のとおり請求します。

④受給者証 記号番号	茨一	受給者名	男 女
		生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日生
被保険者証 記号番号		保険種別	国・退・政・組・船・共・国組
		保険者番号	
本人・家族区分	患者負担限度額(老人・前期高齢者)	一定以上所得・一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ	
保険請求 点数	点	公費負担等	患者負担 割合金額
保険請求 金額	円	精・結 訪問看護 特定疾患 長期高額疾病 在総診等	3割・2割・1割 円 外来・入院の別 外来 入院 訪問看護
外来診療 実日数	日	外来自己 負担金額 (重度を除く)	500円× 回 円
高 齢 重 度 者	請求点数	点	決定点数 点
	請求金額	円	決定金額 円
入院日数	長期入院 該当・非該当 日	標準 負担 額	請求 決定
食事療養	円		780円× 日 円 ※減額 円× 日 円
訪問日 (訪問看護)	日 (.)		
備考			

(様式第9号)

決	市町村長	課長	課長補佐	係長	課員	受付	年	月	日
						伺い	年	月	日
						決定	年	月	日
裁	支給 内 訳	支給申請額(領収金額-外来自己負担金額)①			円	支給	年	月	日
		高額療養費			②	円	左記のとおり決定して よろしいか。	起案者	
		付加給付額			③	円			
		差引支給額			①-(②+③)	円			

医科	歯科	調剤	柔整	訪問	医療機関コード
有効期限	平成	年	月	診療分まで	

福 妊産婦医療福祉費支給申請書
(月診療分)

④受給者証 記号番号	茨-633		受給者氏名			男女
被保険者証 記号番号			生年月日	昭和	年	月
本人・家族区分			平成	年	月	日生
保険請求 点数	点	公費負担等	精・結 訪問看護	点	(ア) 患者負担 割合金額	3割 円
外来診療 実日数	日	外来自己 負担金額	500円×	回	領収金額	(ア+イ又はウ) 円
入院日数	長期入院	該当・非該当	標準負担額	(イ)	円×	日
食事療養	円				※減額	円×
訪問日 (訪問看護)	日(.)					
医療機関 等 証明 欄	上記のとおりその費用を領収しました。 なお、上記内容についてはレセプト原本と相違ありません。 年 月 日 保険医療機関等の 所在地及び名称 開設者氏名 電話番号 印					
申請 欄	一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無 有・無 上記のとおり医療福祉費の支給を申請します。 平成 年 月 日 受給者住所 那珂町大字 茨城県那珂郡那珂町長 殿 受給者氏名 印 (注) 押印は、署名(自筆)の場合は、必要ありません。 押印をほ印に代えることは、差し支えありません。					

※ 注 ① 茨城県内の保険医療機関等では、証明手数料はかかりません。
 ② この申請書は、茨城県内の保険医療機関等を利用した場合に限り使用できます。
 ③ この申請欄には、必ず氏名を記入してください。

医科	歯科	調剤	訪問
----	----	----	----

福 医療福祉費請求書

有効期限 平成 年 月診療分まで 平成 年 月 日

茨城県ひたちなか市長殿

医療機関等の所在地及び名称
開設者氏名

印

電話番号

平成 年 月分の医療福祉費を下記のとおり請求します。

① 受給者証記号番号		受給者氏名	
		生年月日	
被保険者証記号番号		保険種別	
		保険者番号	
本人・家族区分		患者負担限度額(老人・前期高齢者)	一定以上所得・一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ
保険請求点数	点	公費負担等	患者負担割合金額
保険請求金額	円	精・結 訪問看護 特定期間 特定疾患 長期高額 在総診	3割・2割・1割 円 (基本利用料) 外来・入院の別 外来・入院訪問看護
外来診療実日数	日	外来自己負担金額(重度を除く)	500円 × 回数
			決定点数 点
			決定金額 円
高齢重度者	請求点数	点	決定点数 点
	請求金額	円	決定金額 円
入院日数	長期入院 該当・非該当	標準負担額	780円 × 日
		請求	※減額 円 × 日
食事療養		決定	※ 円
訪問日(訪問看護)	日 (.)		
備考			

決	課長	課長補佐	係長	係	受付	年月日	
					伺い	年月日	
					決定	年月日	
裁	支給内訳	支給申請額 (領収金額-外来自己負担金額) ①			円	支給	年月日
		高額療養費 ②			円	左のとおり決定して よろしいか。	起案者
		付加給付額 ③			円		
		差引支給額 ①-(②+③)			円		

医科	歯科	調剤	柔整	訪問	医療機関コード
有効期限	平成 年 月 診療分まで				

福 妊産婦医療福祉費支給申請書
(月 診療分)

福 受給者 証記号 番号		受給者氏名	
		生年月日	
被保険者証 記号番号		保険種別	
		保険者名	
本人・家族区分			

保険 請求 点数	点	公費 負担等	精・結	点	(ア) 患者負担 割合 金額	3割	外来・入院 別
			訪問看護	円			
			特定疾患 ^難 長期高額疾病 ^長				外来 入院 訪問看護

外来診療 実日数	日	外来自己 負担金額	500円× 回 円	徴収金額	(ア+イ又はウ) 円
-------------	---	--------------	--------------	------	---------------

入院日数	長期入院 該当 非該当 日	標準 負担額	(イ) 円× 日	(ウ) ※減額 円× 日
食事療養	円		円	円

訪問日 (訪問看護)	日 (.)
---------------	-----------------

医療機関等証明欄

上記のとおりその費用を領収しました。
 なお、上記内容については、レセプト原本と相違ありません。
 平成 年 月 日 医療機関等の所在地及び名称
 開設者氏名

印

申請欄

~~一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無 有・無~~

~~上記のとおり医療福祉費の支給を申請します。~~

~~平成 年 月 日 受給者氏名 印~~

~~茨城県ひたちなか市長殿 (注) 押印は、署名(自筆)の場合は、必要ありません。
 押印をほ印に代えることは、差し支えありません。~~

※注 ① 茨城県内の保険医療機関等では、証明手数料はかかりません。
 ② この申請書は、茨城県内の保険医療機関等を利用した場合に限り使用できます。
 ③ 申請欄には、必ず氏名を記入してください。

〈医療機関を受診される方・訪問看護を受ける方への注意〉

- 1 茨城県外の医療機関、薬局及び訪問看護ステーション（以下「医療機関等」という。）では、この申請書によってかかることはできません。
- 2 この申請書と被保険者証（又は組合員証）及び医療福祉費受給者証を医療機関等の窓口へ提出し、医療保険各法の「一部負担金」等を支払ってください。お支払いいただいた「一部負担金」等は、後日、ひたちなか市役所から償還されます。
なお、入院以外の場合は、1日500円（500円に満たない場合は、その満たない額）、月2回までの外来自己負担額を控除した額が償還されます。償還額が生じない場合の申請については、医療福祉費決定通知書は省略します。
- 3 この申請書は、原則として毎月1枚医療機関等へ提出してください。ただし、入院と通院をした場合等は、2枚以上必要となることがあります。なお、薬局は医療機関とは別に1枚必要になります。
- 4 申請書の手持ちがなくなった場合は、すぐひたちなか市役所へ申し出てください。この場合、受給者証及び被保険者証（又は組合員証）を提示してください。
- 5 申請欄内の一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無の欄には、この申請書を医療機関等に提出する月に、同一医療機関等で、2万1千円以上、医療保険各法の「一部負担金」等の額を支払った家族の有無について、該当する方を○印で囲んでください。
- 6 申請欄に、必ず氏名を記入し、印鑑を押してください。

〈医療機関等へのお願ひ〉

この申請書は、次の方法により証明してください。

- 1 この申請書は、診療又は訪問看護の翌月に作成する診療報酬明細書、調剤報酬明細書又は訪問看護療養費明細書（以下「レセプト」という。）から記入してください。この場合、レセプトの上部欄外に㊦印を押してください。
- 2 この申請書は、茨城県国保連合会へ送付してください。この場合、開設者氏名印、請求点数欄等に記入漏れがあると返戻されますので、とくに注意してください。
また、訪問看護の場合は、㊦受給者証を発行しているひたちなか市役所へ直接送付してください。
- 3 本人・家族区分欄は、レセプトの「本人・家族」欄に記載した番号を記載してください。
- 4 保険請求点数欄は、レセプトと一致するようにしてください。ただし、公費負担（精神・結核を除く。）があった場合は、その点数を差し引いた点数を記入してください。
- 5 公費負担等の欄は、国保（退職及び国保組合を含む。）以外で精神・結核に係る公費負担がある場合、その点数を記入してください。この場合の点数は、請求点数欄の点数の内数となります。
また、訪問看護の場合は金額を記入してください。
特定疾患、長期高額疾病に該当した場合は、いずれか該当する個所を○印で囲んでください。
- 6 患者負担割合・金額（基本利用料）の欄は、特定疾患又は長期高額疾病に該当した場合、金額を記入してください。
訪問看護を利用した場合は、 $[[\text{保険請求金額}] - [\text{公費負担額}]] \times [\text{患者負担割合}(0.3)]$ の算式により求めてください。
- 7 外来・入院の別の欄は、外来・入院・訪問看護のいずれか該当する個所を○印で囲んでください。
- 8 外来自己負担金額の欄は、当該負担金の回数とその金額を記入してください。500円未満の場合で、10円未満の端数金額が生じるときは、保険医療機関等における一部負担金等の支払いと同様に取り扱ってください。
- 9 入院の場合は、入院日数、食事療養及び標準負担額の欄に次により記入してください。
 - (1) 入院日数の欄は、長期入院該当・非該当のいずれか該当する方を○印で囲み、日数を記入してください。
 - (2) 食事療養の欄は、食事療養の費用額を記入してください。
 - (3) 標準負担額(イ)の欄は、1日当たりの標準負担額の対象となる日数を記入したうえ、請求金額を記入してください。
 - (4) 標準負担額の減額があったときは、※印(ウ)欄に記入してください。
- 10 領収金額の欄は、(ア)+(イ)又は(ウ)の合計金額を記入してください。
- 11 訪問日の欄は、訪問した日数と()内にその日を記入してください。
- 12 医療機関等証明欄は、医療保険各法の「一部負担金」を領収したうえで、開設者氏名印等を記入してください。その際、受給者から証明手数料は徴収しないでください。