



社保用

・この請求書は、医療保険の自己負担分を請求する場合に使用してください。
 ・結核予防法の一部負担金の請求についても使用できます。
 ・更生（育成）医療等の負担徴収額については、国保分の請求であっても、使用できます。

障 心身障害者医療費請求書（社保用）

〔老人保健法受給者及び前期高齢者(70歳以上)を除く〕

保険医療機関コード 99, 9999, 4

東京都知事殿
 下記のとおり請求いたします
 平成 15 年 5 月 6 日

該当する番号を○で
 囲んでください。

診療年月 平成 15 年 4 月分

診療年月ごとに請求書を分けて
 記入してください。

医科	歯科	調剤	訪問
①	3	4	6

医療機関等所在地

名称（電話）

電話番号を記入して
 ください。

開設者

押印してください。 (印)

障 受給者証	負担者番号 受給者番号	保険者番号	受給者名	負担 割合	入院 外来別	診療 日数	請求額	総点数 (総一部負担金)	備考
80136	×××	9999	東京花子	2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	5	10,000円	5,000点 一部 5,000円	1
80136	×××	9999	新宿太郎	2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	21	89,800円	65,000点 一部 40,200円	2
80137	×××	9999	日本一郎	2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	3	10,000円	39,000点 一部 円	3 (長)

⑧心身障害者医療費助成制度は、裏面のとおりです。

【記載上の注意】

- ① ⑧受給者証負担者番号・受給者番号欄は「⑧受給者証」を確認のうえ、正しく記入してください。
- ② 保険者番号欄は、桁の省略及び記入の省略（「同上」「〃」等）をしないで記入してください。
- ③ 負担割合欄は、該当する自己負担割合に○をしてください。
- ④ 入院・外来別欄は、該当項目番号に○をしてください。（調剤薬局・訪問看護は外来の(4)に○）
- ⑤ 診療日数欄は、当該診療月の実際に診療した日数を記入してください。（調剤薬局は処方回数、訪問看護は訪問回数）
- ⑥ 請求額欄の上段は、受給者により助成額が異なりますので、裏面の医療費助成請求額を記入して請求してください。
- ⑦ 総点数欄上段は、当該診療月の総点数（訪問看護は金額）を記入してください。
- ⑧ 総点数欄下段は、自己負担となる老人保健法（一般）に準じた一部負担金相当額（入院時食事療養費標準負担額を除く）を記入してください。（10円未満四捨五入）（裏面参照）
- ⑨ 特定疾病（⑧）で低所得受給者の外来の場合は、請求額の上段に上限額（10,000円）を記入してください。なお、一般受給者の場合は、総点数欄の下段に老人保健法の一部負担金相当額、請求額欄の上段に上限額（10,000円）から老人保健法の一部負担金相当額を差し引いた額を記入してください。
- ⑩ 備考欄は、特定疾病・更生医療・育成医療・結核医療・精神医療等に該当する場合、⑧・⑨・⑩・⑪・⑫等を記入してください。
- ⑪ 合計欄は、1件でも必ず件数、金額を記入してください。
また、請求書が数枚にまたがる場合は、それぞれの請求書ごとに合計額を記入してください。

（請求書提出先・問い合わせ・請求用紙の配付先）
 〒160-0023 東京都新宿区西新宿六丁目24番1号
 西新宿三井ビルディング14階
 東京都国民健康保険団体連合会
 電話 03-5326-2611

※ 請求期限は、
毎月10日必着



古紙配合率70%再生紙を使用しています

原簿

障

心身障害者医療費請求書 (社保用)

[老人保健法受給者及び前期高齢者(70歳以上)を除く]

保険医療機関
コ ー ド

東京都知事殿

下記のとおり請求いたします

平成 年 月 日

診療年月 平成 年 月 分

内科	歯科	調剤	訪問
1	3	4	6

医療機関等所在地
名称 (電話)
開設者

㊦

内 訳

障 受給者証	負担者番号 受給者番号	保険者番号	受給者名	負担割合	入院 外来別	診療 日数	請求額	総点数 (一部負担金)	備考
8013				2割(2)	人(3)	11	円	点	1
9				3割(3)	外(4)		一部	円	
8013				2割(2)	人(3)	11	円	点	2
9				3割(3)	外(4)		一部	円	
8013				2割(2)	人(3)	11	円	点	3
9				3割(3)	外(4)		一部	円	
8013				2割(2)	人(3)	11	円	点	4
9				3割(3)	外(4)		一部	円	
8013				2割(2)	人(3)	11	円	点	5
9				3割(3)	外(4)		一部	円	
8013				2割(2)	人(3)	11	円	点	6
9				3割(3)	外(4)		一部	円	
8013				2割(2)	人(3)	11	円	点	7
9				3割(3)	外(4)		一部	円	
8013				2割(2)	人(3)	11	円	点	8
9				3割(3)	外(4)		一部	円	
8013				2割(2)	人(3)	11	円	点	9
9				3割(3)	外(4)		一部	円	
8013				2割(2)	人(3)	11	円	点	10
9				3割(3)	外(4)		一部	円	
9999			合計		件		円	作成者	

請求書送付先

〒160-0023

東京都新宿区西新宿6-24-1 西新宿三井ビル14階
東京都国民健康保険団体連合会

- (注) 1 請求書は診療年月ごとに別用紙に記入願います。
 2 保険者番号は、省略しないで記入願います。
 3 特定疾病・更生(育成)・結核医療等に該当する場合は、備考欄に㊦・㊧・㊨・㊩等を記入願います。



古紙配合率70%再生紙を使用しています

(2003. 4)

障 老

社保用

・この請求書は、社会保険の自己負担分の請求をする場合に使用してください。
 ・結核予防法の一部負担金の請求についても使用できます。

障

心身障害者医療費請求書(社保用)

〔老人保健法受給者一部負担金〕 請求書
 〔前期高齢者(70歳以上)〕

保険医療機関
 コーダ 99, 9999, 4

東京都知事殿
 下記のとおり請求いたします
 平成15年5月6日

当り番号
 記入してください

診療年月 平成15年4月分

療年月とに請求者を分ける
 記入してください

医科	歯科	調剤	訪問
①	3	4	6

医療機関等所在地

名称 (電話)

開設者

電話番号を記入して

押印してください

内 訳

障	負担者番号	老人保健 区市町村番号	受給者名	負担 割合	入院 外来別	診療 日数	請求額	総点数 (一部負担金)	備考
受給者証	受給者番号	保険者番号							
80137	×××	27138999	老人保健	1割① 2割②	入③ 外④	10	2,000 円	2,000 点	1
9999999									
80137	×××	27138999	老人保健	1割① 2割②	入③ 外④	20	24,600 円	50,000 点	2
9999999	0								
80136	×××	27138	前期高齢者	1割① 2割②	入③ 外④	25	36,285 円	78,000 点	3
9999999	1	06139999						40,200 円	

◎心身障害者医療費助成制度は、裏面のとおりです。

【記載上の注意】

- ◎受給者証負担者番号・受給者番号欄は「◎受給者証」を確認の上、正しく記入してください。
- ◎保険者番号欄は、老人保健法該当の場合は、上段に老人保健区市町村番号を記入し、下段を空欄としてください。また、前期高齢者該当の場合は、下段に保険者番号を記入してください。
 なお、番号は桁の省略及び記入の省略（「同上」「〃」等）をしないで記入してください。
- ◎負担割合欄は、該当する自己負担割合の項目番号に○をしてください。
- ◎入院・外来別欄は、該当項目番号に○をしてください。（調剤薬局・訪問看護は外来の(4)に○）
- ◎診療日数欄は、当該診療月の診療実日数を記入してください。（調剤薬局は処方回数、訪問看護は訪問回数）
- ◎請求額欄は、老人保健法一部負担金額を記入してください。（ただし、◎負担者番号が「80136***」の場合は、医療保険の一部負担金額から老人保健法の一部負担金額（「一般」を適用）を差し引いた額を記入してください。）
- ◎特定疾病に該当する場合は、必ず備考欄に◎を表示してください。
- ◎合計欄は、1件でも必ず件数、金額を記入してください。
 また、請求書が数枚にまたがる場合は、それぞれの請求書ごとに合計額を記入してください。

（請求書提出先・問い合わせ・請求用紙の配付先）
 〒160-0023 東京都新宿区西新宿六丁目24番1号
 西新宿三井ビルディング14階
 東京都国民健康保険団体連合会
 電話03-5326-2611

※ 請求期限は、

毎月10日必着



古紙配合率70%再生紙を使用しています

原簿

障

心身障害者医療費請求書(社保用)

〔老人保健法受給者一部負担金〕 請求書
〔前期高齢者(70歳以上)〕

保険医療機関 コ ー ド	
-----------------	--

東京都知事殿
下記のとおり請求いたします
平成 年 月 日

診療年月	平成 年 月 分
------	----------

医科	歯科	調剤	訪問
1	3	4	6

医療機関等所在地
名称 (電話)
開設者

印

内 訳

受給者証	負担者番号				老人保健 区市町村番号	受給者名	負担 割合	入院 外来別	診療 日数	請求額	総点数 (◎一部負担金)	備考
	受給者番号	受給者番号	受給者番号	受給者番号								
8013					27138		1割(1)	入(3)	日	円	点	1
9							2割(2)	外(4)				
8013					27138		1割(1)	入(3)	日	円	点	2
9							2割(2)	外(4)				
8013					27138		1割(1)	入(3)	日	円	点	3
9							2割(2)	外(4)				
8013					27138		1割(1)	入(3)	日	円	点	4
9							2割(2)	外(4)				
8013					27138		1割(1)	入(3)	日	円	点	5
9							2割(2)	外(4)				
8013					27138		1割(1)	入(3)	日	円	点	6
9							2割(2)	外(4)				
8013					27138		1割(1)	入(3)	日	円	点	7
9							2割(2)	外(4)				
8013					27138		1割(1)	入(3)	日	円	点	8
9							2割(2)	外(4)				
8013					27138		1割(1)	入(3)	日	円	点	9
9							2割(2)	外(4)				
8013					27138		1割(1)	入(3)	日	円	点	10
9							2割(2)	外(4)				
9	9	9	9	9	合計			件		円	作成者	

請求書送付先

〒 160-0023

東京都新宿区西新宿6-24-1 西新宿三井ビル14階
東京都国民健康保険団体連合会

- (注) 1 請求書は診療年月ごとに別用紙に記入願います。
 2 老人保健法該当者の場合は、老人保健区市町村番号を記入し、保険者番号を空欄とします。
 3 前期高齢者該当の場合は、保険者番号を省略しないで記入願います。
 4 特定疾病・更生・結核医療等に該当する場合は、備考欄に◎・①・②等を記入願います。



(2003. 4)

0005/009

2003 08/18 MON 17:50 FAX 06 4809 8712 有限会社松浦産業



心身障害者医療費請求書 (社保用)

〔老人保健法受給者一部負担金 前期高齢者 (70歳以上) 〕 請求書

保険医療機関コード 12-3456-7

東京都知事殿

診療年月 平成15年 8月分

下記のとおり請求いたします
平成15年 8月30日

〒163-6003
東京都新宿区西新宿6-8-1 新宿オーク
タワー3階
新宿オークタワークリニック

医療機関等所在地
名称 (電話) 03-5320-8571
開設者 木村 元

医科	歯科	調剤	訪問
①	3	4	6

印

内 訳 金額がわ

障	負担者番号	老人保険 区市町村番号	受給者名	負担 割合	入院 外来別	診療 日数	請求額	総点数	備考
受給者証	受給者番号	保険者番号					円	点	
80136000	0000	27138015	日医 三郎	1割 (1)	入 (3)	1	678	339	1
90000000		4121		2割 (2)	外 (4)				
8013		27138		1割 (1)	入 (3)				2
9				2割 (2)	外 (4)				
8013		27138		1割 (1)	入 (3)				3
9				2割 (2)	外 (4)				
8013		27138		1割 (1)	入 (3)				4
9				2割 (2)	外 (4)				
8013		27138		1割 (1)	入 (3)				5
9				2割 (2)	外 (4)				
8013		27138		1割 (1)	入 (3)				6
9				2割 (2)	外 (4)				
8013		27138		1割 (1)	入 (3)				7
9				2割 (2)	外 (4)				
8013		27138		1割 (1)	入 (3)				8
9				2割 (2)	外 (4)				
8013		27138		1割 (1)	入 (3)				9
9				2割 (2)	外 (4)				
8013		27138		1割 (1)	入 (3)				10
9				2割 (2)	外 (4)				
9	9	9	合計		1 件		680	作成者	

(注) 1 請求書は診療年月日ごとに別用紙に記入願います。
 2 老人保健法該当者の場合は、老人保健区市町村番号を記入し、保険者番号を空欄とします。
 3 前期高齢者該当の場合は、保険者番号を省略しないで記入願います。
 4 特定疾病・更生・結核医療等に該当する場合は、備考欄に㊟・㊠・㊡等を記入願います。

(2003.4)

親 乳 社 保 用

- この請求書は、社会保険の自己負担分の請求をする場合に使用してください。
- 次の請求については、国保受給者の請求にも使用できます。
 - 結核予防法等の一部負担金のうち、㊸助成該当額
 - 更生(育成)医療等の負担金徴収のうち、㊹助成該当額

親 ひとり親家庭
乳 乳 幼 児 医療費請求書(社保用)

保険医療機関
コ ー ド 99, 9999, 4

区市町村長殿
下記のとおり請求いたします
平成15年5月6日

該当する番号を○で
囲んでください。

診療年月 平成15年4月分

診療年月ごとに請求書を
分けて記入してください。

医科	歯科	調剤	訪問
①	3	4	6

医療機関等所在地

名称(電話)

電話番号を
記入してください。

開設者

押印してください。㊺

内 訳

親 乳 医療証	負担者番号 受給者番号	老人保健区市町村番号 または 保険者番号	受給者名	負担 割合	入院 外来別	診療 日数	請 求 額	総 点 数 (㊸一部負担金)	備考
8 1 1 3	7 × × ×	06*****	一 般	1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	10	100,000 円	50,000 点	1
9 9 9 9	9 9 9	06*****	前期高齢者	1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	5	10,000 円	10,000 点	2 前
8 1 1 3	6 × × ×	27138***	老人保健	1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	5	16,000 円	14,000 点	3
9 9 9 9	9 9 1							12,000 点	

*総点数 × 負担割合 - ㊸一部負担金 = 請求額欄の額

(記載上の注意)

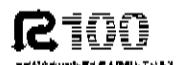
- ㊸ ㊹ 負担者番号・受給者番号欄は「㊸医療証」又は「㊹医療証」を確認の上、記入してください。
- 保険者番号欄は、老人保健法該当の場合は、老人保健区市町村番号を、その他の場合は保険者番号を、省略しないで記入してください。(「同上」「々」は不可)
- 負担割合欄は、該当する保険の自己負担割合に○をしてください。
- 入院・外来別欄は、該当項目番号に○をしてください。(調剤薬局・訪問看護は外来の(4)に○)
- 診療日数欄は、当該診療月の診療実日数を記入してください。(調剤薬局は処方回数、訪問看護は訪問回数)
- 請求額欄は、受給者により助成額が異なりますので、裏面の医療助成請求額を参照して記入してください。
- 総点数欄の上段は、当該診療月の総点数(訪問看護は金額)を記入してください。
- 総点数欄下段は、自己負担となる老人保健法に準じた一部負担金相当額(入院時食事療養費標準負担額を除く)を記入してください。(10円未満四捨五入)(裏面参照)
- 備考欄は、特定疾病・更生医療・育成医療・結核医療・精神医療・㊺医療等に該当する場合、㊸・㊹・㊺・㊻・㊼・㊽等を記入してください。
また、前期高齢者に該当する場合は、備考欄に㊾を記入してください。
- 請求書が数枚にまたがる場合は、それぞれに請求書ごとに合計額を記入してください。

※請求期限は、
毎月10日必着

(請求書提出先・問合せ・請求用紙の配布先)

〒160-0023 東京都新宿区西新宿六丁目24番1号
西新宿三井ビルディング14階
東京都国民健康保険団体連合会
電話 03-5326-2611

(2003.4)



原本

親 ひとり親家庭
乳 幼 児 医療費請求書(社保用)

保険医療機関
コード

区市町村長殿
下記のとおり請求いたします
平成 年 月 日

診療年月 平成 年 月 分

医科	歯科	調剤	訪問
1	3	4	6

医療機関等所在地
名称(電話)
開設者

㊦

内 訳

親乳 医療証	負担者番号 受給者番号	老人保健区市町村番号 または 保険者番号	受給者名	負担 割合	入院 外来別	診療 日数	請求額	総点数 (㊦一部負担金)	備考
8	1 3			1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	1
8	1 3			1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	2
8	1 3			1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	3
8	1 3			1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	4
8	1 3			1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	5
8	1 3			1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	6
8	1 3			1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	7
8	1 3			1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	8
8	1 3			1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	9
8	1 3			1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	10
9	9	9	9	合計	件		円	作成者	

請求書送付先

〒 160-0023 東京都新宿区西新宿6-24-1
東京都市国民健康保険団体連合会
西新宿三井ビル14階

- (注) 1 請求書は診療年月ごとに別用紙に記入する。
 2 請求額は、保険等の自己負担額(1割~3割)から老人保健法に準じた一部負担金を差し引いた額を、記入する。
 3 総点数欄下段には老人保健法に準じた㊦一部負担金を記入すること。(10円未満四捨五入)
 4 特定疾病・更生(育成)・結核医療・精神医療・㊦医療等に該当する場合は、備考欄に㊦・㊧・㊨・㊩・㊪・㊫等を記入する。
 5 老人保健に該当する場合は、老人保健区市町村番号を記入し、前期高齢者に該当する場合には、備考欄に㊬と記入すること。

(2003.4)



