

# 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

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



請求書送付先

C

〒102-0072

東京都千代田区飯田橋三丁目5番5号 東京都国民健康保険団体連合会

内				訳				備考	
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)
8013				2割(2)	入(3)	日	円	点	1
9				3割(3)	外(4)			円	
8013				2割(2)	入(3)	日	円	点	2
9				3割(3)	外(4)			円	
8013				2割(2)	入(3)	日	円	点	3
9				3割(3)	外(4)			円	
8013				2割(2)	入(3)	日	円	点	4
9				3割(3)	外(4)			円	
8013				2割(2)	入(3)	日	円	点	5
9				3割(3)	外(4)			円	
8013				2割(2)	入(3)	日	円	点	6
9				3割(3)	外(4)			円	
8013				2割(2)	入(3)	日	円	点	7
9				3割(3)	外(4)			円	
8013				2割(2)	入(3)	日	円	点	8
9				3割(3)	外(4)			円	
8013				2割(2)	入(3)	日	円	点	9
9				3割(3)	外(4)			円	
8013				2割(2)	入(3)	日	円	点	10
9				3割(3)	外(4)			円	
9999			合計			件	円	作成者	

(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(自己負担限度額10,000円・20,000円)・更生(育成)・結核医療等に該当する場合は、備考欄に「長・長2・更・育・結」等を記入願います。



# 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

医療機関等所在地

名称(電話)

開設者

診療年月 平成 年 月 分

医科	歯科	調剤	訪問
1	3	4	6

内 訳

④ 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	保険者番号								
8013			27138		1割(1)	入(3)	日	円	点	1
9					3割(3)	外(4)				
8013			27138		1割(1)	入(3)	日	円	点	2
9					3割(3)	外(4)				
8013			27138		1割(1)	入(3)	日	円	点	3
9					3割(3)	外(4)				
8013			27138		1割(1)	入(3)	日	円	点	4
9					3割(3)	外(4)				
8013			27138		1割(1)	入(3)	日	円	点	5
9					3割(3)	外(4)				
8013			27138		1割(1)	入(3)	日	円	点	6
9					3割(3)	外(4)				
8013			27138		1割(1)	入(3)	日	円	点	7
9					3割(3)	外(4)				
8013			27138		1割(1)	入(3)	日	円	点	8
9					3割(3)	外(4)				
8013			27138		1割(1)	入(3)	日	円	点	9
9					3割(3)	外(4)				
8013			27138		1割(1)	入(3)	日	円	点	10
9					3割(3)	外(4)				
9	9	9	9	合計		件		円	作成者	

請求書送付先

F 102-0072

東京都千代田区板橋三丁目5番1号東京都国民健康保険団体会館3F

- (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(自己負担限度額10,000円)・更生・結核医療等に該当する場合は、備考欄に長・更・結等を記入願います。

保険医療機関  
コ ー ド

親 ひとり親家庭  
乳 幼 児 医療費請求書(社保用)

診療年月 平成 年 月 分

区市町村長殿  
下記のとおり請求いたします  
平成 年 月 日

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 (親一部負担金)	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

〒 102-0072 東京都千代田区飯田橋3-5-11 階  
東京都国民健康保険団体連合会

(注) 1 請求者は診療年月ごとに記入する。  
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親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(自己負担限度額10,000円・20,000円)・更生(育成)・結核医療・精神医療・小児慢性・難医療等に該当する場合は、備考欄に長・長2・更・腎・結・癌・癌・癌・癌等を記入する。  
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、備考欄に前と記入すること。