

① 医療費の請求について

(契約医療機関・保険薬局・訪問看護ステーション用)

	《目	次》	
1	① 医療費助成の内容	.....	1
2	医療費等の支払の流れ	.....	4
3	医療費等の請求方法及び請求先	.....	5
4	公費負担医療等の優先適用	.....	6
5	レセプト記載上の注意事項	.....	6
6	償還払いに係る療養証明欄の記載	.....	7
7	② 東京都負担医療費請求書の作成について	.....	8
8	過誤請求に関するお知らせ	.....	23
9	契約内容の変更等の手続	.....	25
参 考 資 料			
資料 1	患者一部負担額	.....	29
資料 2	提示を受ける証等の種類	.....	32
資料 3	助成対象疾病一覧	.....	38
資料 4	公費負担医療費制度の所管一覧	.....	37



東京都福祉保健局

平成27年1月

住 所 : 郵便番号 163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号  
所 管 : (制度全般・契約に関すること)

東京都福祉保健局保健政策部医療助成課医療調整係

電話番号 03-5320-4453

(医療費等の請求方法及び支払 (法別番号 93 以外))

東京都福祉保健局保健政策部医療助成課医療給付係マル都担当

電話番号 03-5320-4454

## 1 ㊦医療費助成の内容

㊦医療費助成制度では、以下の各規定に基づき医療助成の対象として認定を受けた方に医療券又は受給者証を交付しています。認定患者は都と契約した医療機関、保険薬局又は訪問看護ステーションでこの医療券等を提示すれば、窓口での患者一部負担額が軽減されることとなります。（提示を受ける証等については、32ページを参照）

- 東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則
- 東京都妊娠高血圧症候群等に係る医療費助成実施要綱
- 東京都原子爆弾被爆者等の援護に関する条例
- 大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例
- 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行細則
- 障害者総合支援法施行細則

### (1) 助成対象

㊦医療費助成制度における助成対象は、以下のとおりです。

#### ア 医療保険の適用

認定された疾病の治療に係る医療保険各法適用の入院、外来、調剤又は訪問看護における患者の自己負担額が助成の対象となります。

#### イ 介護保険の適用

認定された疾病の治療に係る介護保険適用の訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、介護療養施設サービス、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション及び介護予防居宅療養管理指導における利用者負担額が助成の対象となります。

食事療養費は、助成対象外です。

ただし、他の法令等による医療又は介護に関する給付により、患者の自己負担額が生じない場合を除きます。

医療機関、保険薬局、訪問看護ステーションにおける医療券又は受給者証の取扱いは、対象公費により異なります。取扱いの可否については、次ページの一覧を御覧ください。

また、適否についての御質問等は、37・38ページの所管課までお願いします。

なお、歯科医療機関で対象となるのは、医療券に記載された疾病で特異的な医療であると医療機関が判断する場合があります。㊦医療券に記載された病名による歯科治療の適否につきましては、38ページの所管課までお問い合わせください。

## (2) 医療券等の助成対象と請求方法

被交付証	法別番号及び負担者番号	医療費助成の種類	医療券の色	患者一部負担額	医療保険の適用			介護保険の適用※1	
					入院	外来・調剤	訪問看護		
医療券	51	51136018	難病医療(スシ・劇症肝炎・重症急性膵炎)	ピンク	なし	○	○	○	○
		51137016	特殊医療(先天性血液凝固因子欠乏症等)	ピンク	なし	○	○	○	○
	38	38136016	B型・C型ウイルス肝炎医療	やまぶき色	入院時食事・生活療養標準負担額	○	○	×	×
		38136016	B型・C型ウイルス肝炎医療	ラベンダー色	医療券に記載されている金額+入院時食事・生活療養標準負担額	○	○	×	×
	82	82138009	特殊医療 ※2 (人工透析を必要とする腎不全)	クリーム色	P29参照	○	○	○	×
		82138553	特殊医療 ※2(経過措置)(人工透析を必要とする腎不全)	クリーム色		○	○	○	×
		82134008	小児精神病	クリーム色	入院時食事・生活療養標準負担額	○	×	×	×
		82134008	被爆者の子に対する医療	クリーム色		○	○	○	×
		82137001	大気汚染関連疾病	みどり色		○	○	○	×
		82137555	大気汚染関連疾病	みどり色		○	○	○	×
	83	83136010	難病医療(都疾病)(本則)	白地	医療券に記載されている金額+入院時食事・生活療養標準負担額	○	○	○	○
		83135012	難病医療(都疾病)(経過措置)	白地	医療券に記載されている金額+入院時食事療養標準負担額の1/2・生活療養標準負担額	○	○	○	○
		87	87136008	妊娠高血圧症候群等	クリーム色	入院時食事・生活療養標準負担額	○	×	×
	患者	93	93137008	結核一般医療 ※3 (法別番号10)	白地	なし	○	○	×
受給者証	93133007		精神通院医療 ※4 (法別番号21)	白地	P30参照	×	○	○	×

※1 ①医療券に記載された疾病に対して受ける介護保険適用の医療系サービス(訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、介護療養施設サービス、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導)が助成対象となります。

※2 負担者番号「82138009」及び「82138553」(人工透析を必要とする腎不全)が適用できる訪問看護は、在宅自己連続携帯式腹膜灌流に関する訪問看護に限定されます。

※3 負担者番号「93137008」(結核一般医療)は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第38条第2項により指定医療機関に指定されている医療機関のみ取扱うことができます。

※4 負担者番号「93133007」(精神通院医療)は、障害者総合支援法第59条第1項により指定自立支援医療機関に指定されている医療機関のみ取扱うことができます。

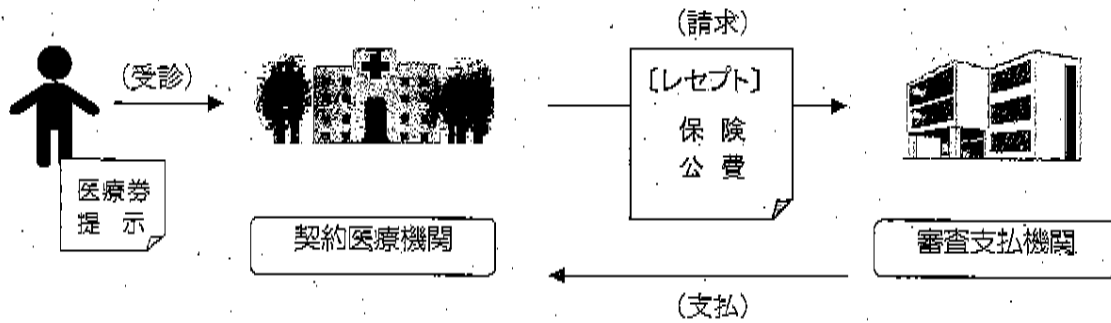
被交付証	法別番号及び負担者番号	助成範囲	請求方法	
医療券	51	51136018	・医療券に記載された認定疾病に係る医療費	公費併用 レセプト
		51137016		
	38	38136016	・認定条件に記載された治療に係る医療費 ・認定条件に記載された治療による副作用の治療に係る医療費 (但し、認定条件に記載された治療を継続している場合に限る)	
		38136016		
	82	82138009	・特定疾病療養受療証が適用される人工透析（腹膜透析を含む）の実施に係る医療費（シャントに関する医療費を含む） ・透析に由来する症状に対する調剤費（人工透析を行った医療機関からの処方箋に限る） ※人工透析の実施を含まない医療費、透析をするに至った原疾病（糖尿病等）に係る医療費及び調剤費は対象外	東京都負担 医療費請求書
		82138553		
		82134008	・小児精神病の治療に係る入院医療費	
		82134008	・医療券に記載された認定疾病及びその続発症の治療に係る医療費	
		82137001	・医療券に記載された認定疾病の治療に係る医療費 ※詳細は『東京都大気汚染医療費助成制度公費請求の手引』参照	
		82137555		
83	83136010	・医療券に記載された認定疾病の治療に係る医療費		
	83135012			
87	87136008	・妊娠高血圧症候群等の治療に係る入院医療費		
患者票	93	・結核については法別10、精神通院については法別21が適用された自己負担額	東京都負担 医療費請求書（結核）	
証 受給者			東京都負担 医療費請求書（精神通院）	

2 医療費等の支払の流れ

東京都と契約した医療機関等に患者が(都)医療券を提示すれば、患者は助成対象となる医療費等の医療機関窓口での支払いが軽減されます。

○ 公費併用レセプトによる請求

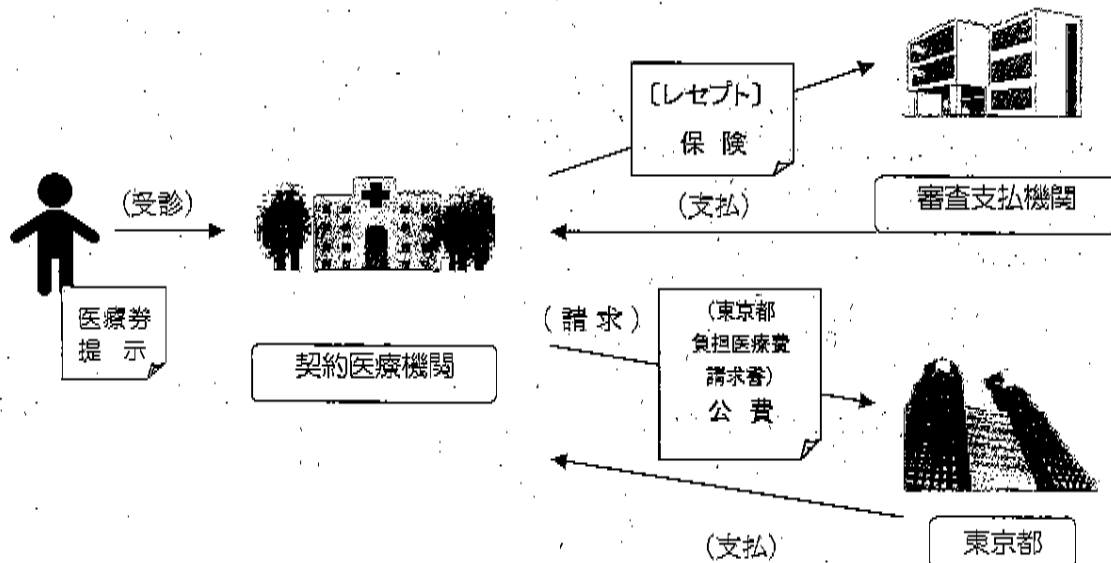
契約医療機関等においては、医療券番号や負担金額等をレセプトに記入し、国保連合会・社会保険支払基金に請求します。(都)助成対象医療費は、国保連合会・社会保険支払基金から支払われる保険分の医療費と併せて支払います。



○ 「東京都負担医療費請求書（10名連記式）」等による請求

次の公費併用の場合、(都)助成対象医療費は「東京都負担医療費請求書（10名連記式）」等で東京都へ直接、請求してください。

- ・ 公費負担者番号が「82・83・87」で始まるもの
- ・ 介護保険と(都)83の併用



3. 医療費等の請求方法及び請求先

連 合 会：国民健康保険団体連合会  
支 払 基 金：社会保険診療報酬支払基金

(1) 基本処理

区 分	法別 番号	国保診療分		社 保 診 療 分	
		後期高齢者医療制度対象者・ 介護保険(51・難病 83のみ)	請 求 先	請 求 方 法	請 求 先
㊦特殊医療 (先天性血液凝固因子欠乏症等)	51	併用レセプト	連 合 会	併用レセプト	支 払 基 金
㊦難病医療 (国疾病) (スモン、劇症肝炎等)					
㊦B型・C型ウイルス肝炎治療医 療	38				
㊦難病医療 (都疾病)	83	10名連記	東 京 都 福 祉 保 健 局	10名連記	東 京 都 福 祉 保 健 局
㊦特殊医療 (人工透析)	82				
㊦小児精神病	82				
㊦被爆者の子に対する医療	82				
㊦大気汚染関連疾病	82				
㊦妊娠高血圧症候群等※1	87				
結核一般医療	10	併用レセプト	連 合 会	併用レセプト	支 払 基 金
結核一般医療 (都単)	93	※2		10名連記	東京都福祉保健局
精神通院医療	21	併用レセプト	連 合 会	併用レセプト	支 払 基 金
精神通院医療 (都単)	93	※2		10名連記	東京都福祉保健局

※1 妊娠高血圧症候群等を東京都に請求していただくのは、東京都の市町村（保健所政令市を除く）に住所を有している方のみです。特別区及び保健所政令市はそれぞれの各区及び保健所政令市に請求することになります。

※2 後期高齢者医療制度対象者、国民健康保険組合加入者のみ同右

(2) 10名連記の処理

下記の場合は、㊦医療費助成分は「㊦東京都負担医療費請求書」等（10名連記請求書）で請求してください。

区 分	保 険 分		㊦医療費助成分	
	請求方法	請 求 先	請求方法	請 求 先
都82、83、87	単独レセプト	連 合 会・ 支 払 基 金	10名連記	東 京 都 福 祉 保 健 局 マ ル 都 担 当
自立支援医療 (法別 15、16) と都82、83の併用	自立支援医療 (法別 15) との 併用レセプト			
小児慢性疾患 (法別 52) と ㊦82の併用	小児慢性疾患 (法別 52) との 併用レセプト			
介護保険と㊦83の併用	単独レセプト			東 京 都 福 祉 保 健 局 結 核 係
結核一般医療 (都単)	結核一般医療 (法別 10) との 併用レセプト			東 京 都 福 祉 保 健 局 精 神 保 健・医 療 課 生 活 支 援 係
精神通院医療 (都単)	精神通院医療 (法別 21) との 併用レセプト			

#### 4 公費負担医療等の優先適用

㊦医療費助成制度では、保険を優先し、次に公費を適用します。

㊦医療券と他の医療費助成等、2種類以上の公費の併用がある場合、㊦医療費助成制度との関係における優先順位は下記のとおりとなります。

[複数公費の場合]

医療保険 > (※㊦) > 国制度(法律) > 都 > 障・親・乳・子

※ ㊦：特定疾病療養受療証

[㊦対象者の場合]

㊦ > ㊦となります。「51137016 (先天性血液凝固因子欠乏症等のうち、医療券の認定条件欄に「特定疾病療養受療証も併せて窓口に提示願います。」と印字のあるもの)」、「82138009、82138553 (人工透析)」の医療券をお持ちの方については、必ず㊦受療証の提示を受けてください。提示がない場合は助成対象となりません。

なお、82138553 は、特定疾病療養受療証の自己負担限度額が2万円の場合のみ、助成対象となります。

#### 5 レセプト記載上の注意事項

##### (1) 医療券等の確認

㊦医療券等の有効期間を必ず確認してください。また、負担者番号、受給者番号は変更される場合がありますので、必ず確認してください。

##### (2) 特定疾病療養受療証

先天性血液凝固因子欠乏症等 (負担者番号 51137016 のうち医療券の認定条件欄に「特定疾病療養受療証も併せて窓口に提示願います。」と印字のあるもの) は、「特定疾病療養受療証」(㊦受療証) の提示を受け、レセプトの特記事項欄に必ず「02 長」と記載してください。

都外医療機関等で保険分を単独レセプトで出す場合も特記事項欄に必ず「02 長」と記載してください。

また、「人工透析を必要とする腎不全」においては、月額自己負担限度額が(2万円)の場合は、特記事項欄に「16 長2」、月額自己負担限度額が(1万円)の場合は、「02 長」と記載してください。

医療機関で慢性腎不全に係る自己連続携帯式腹膜灌流 (CAPD) を行っている患者に、院外処方を交付し、当該患者から一部負担額を受領していない場合は、特記事項欄に「長処」表示をしてください。

##### (3) 法別5-1 難病医療に関する公費請求上の注意

「適用区分」の記載 (ア・イ・ウ・エ・オ・IV~I) がある場合には、その区分に応じ、レセプトの「特記事項」欄等に記載してください。

医療券の適用区分	レセプトの特記事項欄への記載
ア	国通知により、記載内容が決定され次第、下記ホームページに掲載します。  ○ 東京都福祉保健局 <a href="http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/irvo/jousei/index.html">http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/irvo/jousei/index.html</a>  東京都福祉保健局トップ ⇒ 分野からのご案内「医療・保健」⇒ 医療助成
イ	
ウ	
エ	
オ	
IV	
III	
II	
I	

## 6 償還払いに係る療養証明欄の記載（都医療費支給申請書兼口座振替依頼書）

④受給者が、保健所等に医療費助成の申請を行ってから医療券等が届くまでの間等に支払った医療費等で、④の助成を受けることができるものがある場合は、患者の支給申請に基づき④医療費助成分を都が償還払いをしています（※1）。その際、④医療費支給申請書兼口座振替依頼書に医療機関等の記載による療養証明が必要となりますので御協力をお願いします。

証明を求められた際は、④医療券等の提示を受け、有効期間や病名等を確認し、当該疾病に係る医療費助成分について記載をしてください。

なお、(1) から (3) までの場合は、証明をしないでください。

- (1) 医療機関等において都の助成額を公費併用レセプトなどで請求した場合
- (2) 医療機関等で徴収した金額が都の制度に定める患者一部負担額を超えない場合（※2）
- (3) 医療機関等における証明料金が都の助成額を上回ってしまう場合

※1 都が償還払いする額は、患者が支払った医療費等のうち高額療養費に相当する部分を除いたものです。

※2 B型・C型ウイルス肝炎治療医療（法別38）及び難病医療〔都疾病〕（法別83）で患者一部負担額がある場合は、患者など申請者の求めに応じ、証明をしてください。

この制度では、ひと月ごとに自己負担額を管理するため、ひとつの医療機関での支払いが月額自己負担限度額内であったとしても、他の医療機関での支払いを合算した場合、償還払いが生じる場合があるからです。



## 7 ⑧ 東京都負担医療費請求書等（10名連記式）の作成について

## (1) 「⑧ 東京都負担医療費請求書」等の提出先及び種類

※ 請求書が必要な場合又は記載方法等詳細については、担当係にお問合せください。

※ 請求の際には、必ずレセプトの写しを添付してください。93133007（精神通院医療）については、自己負担上限額管理票の写しも添付してください。

請求書送付先住所	163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号 (こちらの住所の下記各送付先まで送付してください。)
----------	--

負担者番号	請求書の種類	請求書送付先	電話番号
82、87 自立支援医療（法別15、16）と ⑧ 82との併用 小児慢性疾患（法別52）と ⑧ 82との併用	東京都負担医療費請求書 (グリーン)	東京都福祉保健局 保健政策部医療助成課 医療給付係 マル都担当	03-5320-4454
83 自立支援医療（法別15、16）と ⑧ 83との併用	難病医療費請求書 (ブルー)		
介護保険と ⑧ 83との併用	介護給付費請求書 (イエロー)		
93133007 (精神通院医療)	東京都負担医療費請求書 (レモン)	東京都福祉保健局 障害者施策推進部 精神保健・医療課生活支援係	03-5320-4464
93137008 (結核一般医療)	東京都負担医療費請求書 (白)	東京都福祉保健局 健康安全部 感染症対策課結核係 ※初めて請求する場合は御連絡ください。	03-5320-4483

## (2) ⑧ 東京都負担医療費請求書等（グリーン10名連記）について

## 1 この請求書で請求できる負担者番号

以下により、⑧医療費を請求する場合は、次ページの請求書を使用してください。

区 分	負担者番号
⑧小児精神病	82134008
⑧被爆の子に対する医療	
⑧大気汚染関連疾病	82137001
	82137555
⑧特殊医療（人工透析）	82138009、82138553
⑧妊娠高血圧症候群等	87136008

## 2 請求書の書き方

請求書は、診療・調剤年月ごとに別用紙としてください。また、内訳はレセプト単位で記入してください。

- ① 診療・調剤年月欄は、1枚ごとに記入してください。
- ② 医療機関等コード欄は、レセプトに表記する7桁の番号を1枚ごとに記入してください。
- ③ ⑧負担者番号・受給者番号欄は、1件ごとに⑧医療券等に記載されている番号を記入してください。
- ④ 保険者番号欄は、保険証の保険者番号を記入してください。保険証の記号・番号は、記入不要です。
- ⑤ 負担割合欄及び入院外来別欄は、1件ごとに該当するものを○で囲んでください。調剤薬局では、外来を○で囲んでください。
- ⑥ 診療日数欄は、入院又は外来日数を記入してください。調剤薬局では、処方せんの受付回数を記入してください。
- ⑦ 請求額欄上段は、各種健康保険（限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証（以下、「限度額適用認定証等」という。）の提示があった場合はそれも含む）、他の医療費助成を適用した患者自己負担額を記入してください。

82138009の医療券は特定疾病療養受療証(長)を適用後の10,000円までが助成対象（特定疾病療養受療証(長)の限度額が20,000円の方であっても、助成額は10,000円まで）となります。請求額欄には10,000円までを記入してください。請求書の備考欄にも(長)と記入し、保険請求のレセプト特記事項欄にも「02長」又は「16長2」と表示をしてください。

82138553の医療券は、経過措置（平成27年1月から3年間）として、特定疾病療養受療証(長)（限度額が20,000円のみ）を適用後の自己負担額がすべて助成対象となります。請求額欄には20,000円までを記入してください。請求書の備考欄にも(長)と記入し、保険請求のレセプト特記事項欄にも「16長2」と表示をしてください。

限度額適用認定証等により高額療養費を現物給付した場合は、該当する区分に応じた自己負担限度額を請求額欄に記入し、備考欄に適用区分（ア・イ・ウ・エ・オ・II・I）を記入してください。

70歳以上で負担割合が1割（限度額適用認定証等の提示ない場合に限る）の方は、自己負担限度額（例：外来12,000円、入院44,400円）以下の金額を記入してください。

- ⑧ 公費分点数欄は、⑧医療券等に記載された認定疾病及び有効期間内の点数を記入してください。
- ⑨ 請求金額は、1円単位までの請求とし、合計欄は、1枚ごとの合計件数と合計金額を記入してください。

## 3 請求書の提出方法等

- ① 請求書に必ず保険請求したレセプトの写しを添付してください。
- ② 診療月の翌月10日（10日が土日祝日の場合は直前の平日）までに下記提出先に到着するよう送付してください。  
なお、請求書の用紙が不足する場合は別添の注文用紙にてファクシミリで請求してください。

## 4 請求書の提出先

〒163-8001 東京都 新宿区 西新宿 二丁目8番1号

東京都 福祉保健局 保健政策部 医療助成課 医療給付係 マル都担当 Tel.03-5320-4454

東京都負担医療費請求書

医療機関等  
コード

東京都知事 殿

診療・調剤年月 平成 年 月 日

下記のとおり請求します。

年 月 日

医科 調剤  
1 4

医療機関等所在地  
名称(電話)  
開設者

印

どちらかに○して下さい。

内 訳

No.

負担者番号 受給者番号	保険者番号	患者氏名	負担 割合	入院 別 外来	診療 日数	請求額 食事療養費 標準負担額	公費分点数	備考
1 3			1割 2割 3割	入(3) 外(4)	日	円	点	1
1 3			1割 2割 3割	入(3) 外(4)	日	円	点	2
1 3			1割 2割 3割	入(3) 外(4)	日	円	点	3
1 3			1割 2割 3割	入(3) 外(4)	日	円	点	4
1 3			1割 2割 3割	入(3) 外(4)	日	円	点	5
1 3			1割 2割 3割	入(3) 外(4)	日	円	点	6
1 3			1割 2割 3割	入(3) 外(4)	日	円	点	7
1 3			1割 2割 3割	入(3) 外(4)	日	円	点	8
1 3			1割 2割 3割	入(3) 外(4)	日	円	点	9
1 3			1割 2割 3割	入(3) 外(4)	日	円	点	#
9 9 9 9 9 9 9 9	合 計		件			円		

- (注) 1 食・生 欄は、食事療養費標準負担額は食に、  
生活療養標準負担額は生に○印を付け、金額を記入して下さい(法別番号51と15または16の併用の場合のみ記入)。  
2 請求書は、診療・調剤年月ごとに別用紙にしてください。  
3 請求書に、レセプトの(写)を添付してください。





## (3) 難病医療費請求書（ブルー10名連記）について

## 1 この請求書で請求できる負担者番号

以下により、㊦医療費を請求する場合は、次ページの請求書を使用してください。

区 分	負担者番号
㊦難病医療（都単）	83136010
	83135012

## 2 請求書の書き方

請求書は、診療・調剤年月ごとに別用紙としてください。また、内訳はレセプト単位で記入してください。

- ① 診療・調剤年月欄は、1枚ごとに記入してください。
- ② 医療機関等コード欄は、レセプトに表記する7桁の番号を1枚ごとに記入してください。
- ③ ㊦負担者番号・受給者番号欄は、1件ごとに㊦医療券等に記載されている番号を記入してください。
- ④ 保険者番号欄は、保険証の保険者番号を記入してください。保険証の記号・番号は、記入不要です。
- ⑤ 負担割合欄及び入院外来別欄は、1件ごとに該当するものを○で囲んでください。調剤薬局では、外来を○で囲んでください。※負担割合は各種健康保険の自己負担割合です。
- ⑥ 診療日数欄は、入院又は外来日数を記入してください。調剤薬局では、処方せんの受付回数を記入してください。
- ⑦ 請求額欄上段は、各種健康保険（限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証（以下、「限度額適用認定証等」という。）の提示があった場合はそれも含む）、又は自立支援医療若しくは小児慢性疾患を適用した患者自己負担額から一部負担金相当額欄に記入した額を差し引いた額を記入してください（請求額の計算事例は17ページを参照してください）。
- ⑧ 83135012の医療券をお持ちの方で、食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額の食費分の半額を負担した場合は、請求額欄下段に負担額を記入してください。  
70歳以上で負担割合が1割（限度額適用認定証等の提示ない場合に限る）の方は、自己負担限度額（例：外来12,000円、入院44,400円）以下の金額を記入してください。
- ⑨ 公費分点数欄は、㊦医療券等に記載された認定疾病及び有効期間内の点数を記入してください。
- ⑩ 一部負担金相当額欄は、医療機関等で受給者が負担した金額（自己負担上限額管理票の自己負担額欄と同額）を記入してください。
- ⑪ 限度額適用認定証等により高額療養費を現物給付した場合は、備考欄に適用区分（ア・イ・ウ・エ・オ・Ⅱ・Ⅰ）を記入してください。
- ⑫ 各種健康保険の計算は、1円単位までとし、合計欄は、1枚ごとの合計件数と合計金額を記入してください。

## 3 請求書の提出方法等

- ① 請求書に必ず保険請求したレセプトの写しを添付してください。
- ② 診療月の翌月10日（10日が土日祝日の場合は直前の平日）までに下記提出先に到着するよう送付してください。  
なお、請求書の用紙が不足する場合は別添の注文用紙にてファクシミリで請求してください。

## 4 請求書の提出先

〒163-8001 東京都 新宿区 西新宿 二丁目8番1号

東京都 福祉保健局 保健政策部 医療助成課 医療給付係 マル都担当 TEL 03-5320-4454

# 難病医療費請求書

医療機関等  
コ ー 下

--	--	--	--	--	--

東京都知事 殿

診療・調剤年月

平成 年 月分

下記のとおり請求します。

年 月 日

医科	歯科	調剤	看護
1	3	4	6

医療機関等所在地  
名称（電話）  
開設者

印

いずれかに○して下さい。

担当者名

## 内 訳

No.

負担者番号 受給者番号	保険者番号	患者氏名	負担割合	入院 別 外 来	診 察 日 数	請求額 食事療養・ 生活療養標準負担額	公費分点数	一部負担金 相当額	備考
8 3 1 3			1割 2割 3割	入(3) 外(4)	日	円	点	円	1
8 3 1 3			1割 2割 3割	入(3) 外(4)	日	円	点	円	2
8 3 1 3			1割 2割 3割	入(3) 外(4)	日	円	点	円	3
8 3 1 3			1割 2割 3割	入(3) 外(4)	日	円	点	円	4
8 3 1 3			1割 2割 3割	入(3) 外(4)	日	円	点	円	5
8 3 1 3			1割 2割 3割	入(3) 外(4)	日	円	点	円	6
8 3 1 3			1割 2割 3割	入(3) 外(4)	日	円	点	円	7
8 3 1 3			1割 2割 3割	入(3) 外(4)	日	円	点	円	8
8 3 1 3			1割 2割 3割	入(3) 外(4)	日	円	点	円	9
8 3 1 3			1割 2割 3割	入(3) 外(4)	日	円	点	円	10
9 9 9 9 9 9 9 9	合 計			件		円			

(注) 1 請求書に、レセプトの(写)を添付してください。

2 請求書は、診療・調剤年月ごとに別用紙にしてください。

3 負担者番号が、「83135012」の場合は、食事療養負担額又は生活療養標準負担額(食費のみ)の5割が助成対象となります。

この場合、**食・生**欄は、食事療養標準負担額は食に、生活療養標準負担額は生に○印を付け、金額を記入してください。

# 難病医療費請求書(ブルー10名連記)記入例 都外 医科

難病医療費請求書

医療機関コードを記入

医療機関等 No. 

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

診療年月ごとに別用紙で作成

東京都知事 殿

診療・調剤年月 平成27年 1月分

下記のとおり請求します。  
平成27年 2月 6日

担当者名を記入又は押印

該当する数字に○

医科 ① 3 4 6  
歯科 3  
調剤 4  
看護 6

医療機関等所在地 ○○○○○○○○○○○○○○○○  
名称(電話) ○○○○○○病院  
開設者 ○○○○○○ 担当者名 ○○○

難病

内訳

負担者番号、  
受給者番号  
(7桁)を記入

入院、外来別に記入する

負担者番号 受給者番号	保険者番号	患者氏名	負担割合	入院又は 外来回数	診療日数	請求額 食事療養・ 生活療養標準負担額	公費 総点数のうち、公費 対象点数を記入	備考
8 3 1 3 6 0 1 0 7 7 7 7 7 7 7 7	138123	○○○○○	1割 2割 3割	入(3) 外(4)	1日	2,576 円	2,572	5,140 受給者が負担した
保険証の保険者番号を記入 例: 世田谷区 138123		保険の自己 負担割合		入院・外来別に○を		請求額は円単位で記入 例: 2,572点×3割=5,140円=2,576円		
8 3 1 3 6 0 1 0 7 7 7 7 7 7 7 7	1388123	○○○○○	1割 2割 3割	入(3) 外(4)	10日	83,959 円	165,293	10,000
「83136010」の医療券は、食事療養標準負担額等は助成対象外		高額療養費を現物給付した場合は、限度額適用認定証等の適用区分を記入(アイウエオ・Ⅱ・Ⅰ)						
8 3 1 3 5 0 1 2 2 2 2 2 2 2 2 2	39131115	×××××	1割 2割 3割	入(3) 外(4)	25日	36,040 円	296,384	8,360
70歳以上1割負担の方は入院上限44,400円までで計算する (限度額適用認定証等の提示がない場合に限る)		「83135012」の医療券は、食事療養標準負担額等の 1/2を助成						
8 3 1 3 5 0 1 2 3 3 3 3 3 3 3 3	138321	△△△△△	1割 2割 3割	入(3) 外(4)	4日	5,500 円	9,725	2,500 Ⅱ
8 3 1 3 5 0 1 2 3 3 3 3 3 3 3 3	39132253	○△○△○	1割 2割 3割	入(3) 外(4)	2日	8,140 円	8,140	16,280
8 3 1 3 5 0 1 2 4 4 4 4 4 4 4 4	1130012	×○×○×	1割 2割 3割	入(3) 外(4)	10日	33,049 円	12,623	4,820
8 3 1 3 5 0 1 2 9 9 9 9 9 9 9 9	32468	△×△×△	1割 2割 3割	入(3) 外(4)	2日	3,744 円	3,744	0
9 9 9 9 9 9 9 9 合計			10 件		200,000 円			

レセプトが複数ページにわたる場合は、すべてのページを添付

(注) 1 請求書に、レセプトの(写)を添付してください

2 請求書は、診療・調剤年月ごとに別用紙にしてください

3 負担者番号が、「83135012」の場合は、食事療養負担額又は生活療養標準負担額(食費のみ)の5割が助成対象となります。

この場合、食・生欄は、食事療養標準負担額は食に、生活療養標準負担額は生に○印を付け、金額を記入してください。

合計を記入



# 難病医療費請求書(ブルー10名連記)記入例 都外 薬局

難病医療費請求書

医療機関コードを記入

医療機関等  
コ ー ド  
1 2 3 4 5 6 7

調剤年月ごとに  
別用紙で作成

東京都知事 殿

診療・調剤年月 平成27年 1月分

該当する  
数字に○

下記のとおり請求します。  
平成27年 2月 6日

担当者名を記入又は押印

医科 1 歯科 3 調剤 4 看護 6

医療機関等所在地  
名称(電話) ○○○○○○薬局  
開設者 ○○○○○○ 担当者名 ○○○

いずれかに○して下さい。

負担者番号、  
受給者番号  
(7桁)を記入

負担者番号 受給者番号	保険者番号	患者氏名	負担 割合	処方箋 受付回数	診察 日数	請求額 食事療養・公 生活療養標準負担額	公 費	備考
8 3 1 3 6 0 1 0 1 1 1 1 1 1 1 1	138123	○○○○○	1割 2割 3割	入(3) 外(4)	1	2,576 円 食・生	2,572	5,140 受給者が負担した
8 3 1 3 5 0 1 2 2 2 2 2 2 2 2 2	138123	△△△△△	1割 2割 3割	入(3) 外(4)	3	34,200 円 食・生	26,780	1,200 オ
8 3 1 3 5 0 1 2 3 3 3 3 3 3 3 3	39131115	×××××	1割 2割 3割	入(3) 外(4)	5	5,500 円 食・生	12,543	6,500
8 3 1 3 5 0 1 2 4 4 4 4 4 4 4 4	138479	○△×△○	1割 2割 3割	入(3) 外(4)	2	111,232 円 食・生	41,364	12,860
8 3 1 3 5 0 1 2 5 5 5 5 5 5 5 5	138321	△×○△×	1割 2割 3割	入(3) 外(4)	4	5,500 円 食・生	9,725	2,500 II
8 3 1 3 5 0 1 2 6 6 6 6 6 6 6 6	39132253	○△○△○	1割 2割 3割	入(3) 外(4)	2	8,140 円 食・生	8,140	16,280
8 3 1 3 5 0 1 2 7 7 7 7 7 7 7 7	1130012	×○×○×	1割 2割 3割	入(3) 外(4)	3	33,049 円 食・生	12,623	4,820
8 3 1 3 5 0 1 2 9 9 9 9 9 9 9 9	12468	△×△×△	1割 2割 3割	入(3) 外(4)	2	3,744 円 食・生	3,744	0
9 9 9 9 9 9 9 9 合計					10 件	220,000 円		

レセプトが複数ページにわたる  
場合は、すべてのページを添付

(注) 1 請求書に、レセプトの(写)を添付してください

2 請求書は、診療・調剤年月ごとに別用紙にしてください

3 負担者番号が、「83135012」の場合は、食事療養負担額又は生活療養標準負担額(食費のみ)の5割が助成対象となります。

この場合、食・生欄は、食事療養標準負担額は食に、生活療養標準負担額は生に○印を付け、金額を記入してください。

合計を記入

## 難病医療費請求額の計算方法（法別 83）

難病医療費の請求額は次の計算式により算出します。

健康保険の自己負担額－公費の自己負担額

法別 54 と同様、健康保険の自己負担割合 3 割の方は、公費の自己負担は 2 割になります。

また、公費の自己負担は、すべての医療機関で負担した公費対象の自己負担額を合算して上限額に達した時点でストップしますので、医療券を提示された場合は、必ず自己負担上限額管理票の提示を求め、医療機関の窓口で支払った医療費の記入をお願いします。

なお、法別 83 の医療券には、健康保険の適用区分は記載されていません。この点は法別 54 と異なりますので、御注意ください。

### 【計算事例】

※ 自己負担上限額は、いずれも 10,000 円とします。

#### 1 70 歳未満（保険自己負担割合 3 割）の方

(1) 診療点数 2,500 点、他の医療機関での負担がない場合

$$\text{請求額} = 7,500 \text{ 円} (2,500 \text{ 点} \times 3) - 5,000 \text{ 円} (2,500 \text{ 点} \times 2) = \underline{2,500 \text{ 円}}$$

自己負担限度額に達していないが、公費の自己負担が 2 割のため 1 割が請求額となる

(2) 診療点数 2,500 点、窓口負担 2,000 円の場合

$$\text{請求額} = 7,500 \text{ 円} (2,500 \text{ 点} \times 3) - 2,000 \text{ 円} = \underline{5,500 \text{ 円}}$$

途中で自己負担上限額に達した場合など

(3) 診療点数 30,000 点、限度額適用認定証（区分ウ）提示、他の医療機関での負担がない場合

$$\text{請求額} = 80,430 \text{ 円} - 10,000 \text{ 円} = \underline{70,430 \text{ 円}}$$

限度額適用認定証が提示された場合、該当する区分の自己負担額となる

(4) 診療点数 30,000 点、限度額適用認定証提示なし、他の医療機関での負担がない場合

$$\text{請求額} = 90,000 \text{ 円} - 10,000 \text{ 円} = \underline{80,000 \text{ 円}}$$

限度額適用認定証の提示がないため、3 割の額となる

#### 2 70 歳以上の方（指定公費の対象者の自己負担割合は 1 割とする）

(1) 自己負担 1 割、外来、診療点数 15,000 点、限度額適用認定証提示なし、他の医療機関での負担がない場合

$$\text{請求額} = 12,000 \text{ 円} - 10,000 \text{ 円} = \underline{2,000 \text{ 円}}$$

高額療養費が現物給付されるため

(2) 負担者番号 83135012、自己負担 1 割、入院、診療点数 30,000 点、食費負担 2,625 円（25 食分）、限度額適用認定証（区分Ⅱ）提示、他の医療機関での負担なしの場合

$$\text{請求額} = 24,600 \text{ 円} - 10,000 \text{ 円} = \underline{14,600 \text{ 円} + \text{食費 } 2,625 \text{ 円}}$$

「83135012」の医療券は、食事療養標準負担額等の 1/2 を助成する

(3) 負担者番号 83136010、自己負担 3 割、入院、診療点数 50,000 点、医療費窓口負担 6,000 円の場合

$$\text{請求額} = 80,430 \text{ 円} - 6,000 \text{ 円} = \underline{74,430 \text{ 円}}$$

負担者番号 83136010 の受給者は食事療養標準負担額を全額負担するため助成なし

## (4) 介護給付費請求書（イエロー10名連記）について

## 1 この請求書で請求できる負担者番号

以下により、介護給付費を請求する場合は、次ページの請求書を使用してください。

区 分	負担者番号
⑧ 難病医療（都単）	83136010 83135012

## 2 請求書の書き方

請求書は、介護年月ごとに別用紙としてください。また、内訳はレセプト単位で記入してください。

- ① 介護年月欄は、1枚ごとに記入してください。
- ② 医療機関等コード欄は、各種医療保険のレセプトに表記する7桁の番号を1枚ごとに記入してください。
- ③ ⑧負担者番号・受給者番号欄は、1件ごとに⑧医療券等に記載されている番号を記入してください。
- ④ 保険者番号欄は、保険証の保険者番号を記入してください。保険証の被保険者番号は、記入不要です。
- ⑤ 負担割合欄及び施設在宅別欄は、1件ごとに該当するものを○で囲んでください。
- ⑥ 実日数欄は、介護サービスを行った実日数を記入してください。
- ⑦ 単位数単価欄は、該当する介護サービスの単価を記入してください。
- ⑧ 請求額欄は、介護保険の患者自己負担額から一部負担金相当額欄に記入した額を差し引いた額を記入してください。
- ⑨ 公費対象単位数欄は、⑧医療券等に記載された認定疾病及び有効期間内の単位数を記入してください。
- ⑩ 一部負担金相当額欄は、医療機関等で受給者が負担した金額（自己負担上限額管理票の利用者負担額欄と同額）を記入してください。
- ⑪ 介護保険の計算は、1円単位までとし、合計欄は、1枚ごとの合計件数と合計金額を記入してください。

## 3 請求書の提出方法等

- ① 請求書に必ず保険請求したレセプトの写しを添付してください。
- ② 診療月の翌月10日（10日が土日祝日の場合は直前の平日）までに下記提出先に到着するよう送付してください。  
なお、請求書の用紙が不足する場合は別添の注文用紙にてファクシミリで請求してください。

## 4 請求書の提出先

〒163-8001 東京都 新宿区 西新宿 二丁目8番1号

東京都 福祉保健局 保健政策部 医療助成課 医療給付係 マル都担当 TEL03-5320-4454

# 介護給付費請求書

事業所コード (医療保険)

東京都知事 殿

介護年月 平成 年 月 分

下記のとおり請求します。

年 月 日

医科	歯科	調剤	看護
1	3	4	6

医療機関等所在地  
名称 (電話)  
開設者

印

・いずれかに〇して下さい。

担当者名

## 内 訳

No.

負担者番号 受給者番号	保険者番号	患者氏名	負担割合	施設別 在宅	実日数	単位数 単価	請求額	公費対象 単位数	一部負担金 相当額	備考
8 3 7 3			1割 2割	施(3) 在(4)	日	円	円	単位	円	1
8 3 7 3			1割 2割	施(3) 在(4)	日	円	円	単位	円	2
8 3 7 3			1割 2割	施(3) 在(4)	日	円	円	単位	円	3
8 3 7 3			1割 2割	施(3) 在(4)	日	円	円	単位	円	4
8 3 7 3			1割 2割	施(3) 在(4)	日	円	円	単位	円	5
8 3 7 3			1割 2割	施(3) 在(4)	日	円	円	単位	円	6
8 3 7 3			1割 2割	施(3) 在(4)	日	円	円	単位	円	7
8 3 7 3			1割 2割	施(3) 在(4)	日	円	円	単位	円	8
8 3 7 3			1割 2割	施(3) 在(4)	日	円	円	単位	円	9
8 3 7 3			1割 2割	施(3) 在(4)	日	円	円	単位	円	10
9 9 9 9 9 9 9 9	合	計	件				円			

(注) 1 請求書に、レセプトの(写)を添付してください。

2 請求書は、介護年月ごとに別用紙にしてください。



医療機関等  
 (部) 東京都負担医療費請求書(精神通院) コーダ

東京都知事 殿

右記のとおり請求いたします。  
 平成 年 月 日

診療・調剤年月	平成 年 月分	診療・調剤件数	件
診療・調剤費			

医科	調剤	訪問
1	4	6

いずれかに○してください。

医療機関等所在地  
 名称  
 開設者  
 電話番号 ( ) 担当者

内 訳 No.

負担者番号 (部) 受給者番号	保険者番号	患者氏名	日数	請求額	公費分点数	備考
9 3 1 3 3 0 0 7			日	円	点	社 後 組
9 3 1 3 3 0 0 7			日	円	点	社 後 組
9 3 1 3 3 0 0 7			日	円	点	社 後 組
9 3 1 3 3 0 0 7			日	円	点	社 後 組
9 3 1 3 3 0 0 7			日	円	点	社 後 組
9 3 1 3 3 0 0 7			日	円	点	社 後 組
9 3 1 3 3 0 0 7			日	円	点	社 後 組
9 3 1 3 3 0 0 7			日	円	点	社 後 組
9 3 1 3 3 0 0 7			日	円	点	社 後 組
9 3 1 3 3 0 0 7			日	円	点	社 後 組
9 9 9 9 9 9 9 9	合 計		件	円		

請求書送付先

郵便番号 163 8001 東京都新宿区西新宿二一八一

電話 03 (5320) 4464

- (注) 1 請求書は、診療(調剤)年月ごとに別用紙にしてください。  
 2 備考欄の保険種別(「社」:健康保険、「後」:後期高齢者、「組」:国保組合)に○を付けてください。  
 3 診療(調剤)報酬明細書の写し及び自己負担上限額管理票の写しを添付してください。

(日本工業規格A列4番)

都 東京都負担医療費請求書(精神通院) 見本

I 支給対象医療機関

- 支払いに関する契約を東京都と結んでおり、次のいずれにも該当する受診者がいる場合に請求することができます。  
 (1) 受診者の自立支援医療受給者証に記載された医療機関(薬局含む)であること。  
 (2) 受診者の自立支援医療受給者証の「負担者番号」欄に「93133007」と記載してあること。

II 記入上の注意事項

第18号様式(第21条関係)

必ず記入してください。

医療機関等  
 コーダ 9 8 7 6 5 4 3

東京都負担医療費請求書(精神通院)

東京都知事 殿

診療・調剤年月 平成 25年12月分 診療・調剤件数 2 件

診療・調剤費 ¥ 1 9 8 0

右記のとおり請求いたします。  
 年 月 日

医療機関等所在地 埼玉県〇〇市〇〇町1-2-3  
 名称 〇〇病院  
 開設者 院長 〇〇 〇〇  
 電話番号 048(〇〇〇)〇〇〇〇 担当者 △△ △△

印 必ず押印してください。

診療(調剤)回数等を記入してください。

自己負担上限額管理票の「自己負担額」欄の、各医療機関の合計額を記入してください。

請求が2枚以上の場合は、ページ番号を記入してください。

保険種別に〇を付けてください。

精神の自立支援医療支給対象となる点数を記入してください。

改正前の様式を使用する場合、国保組合加入者は「組」と記載

都 区 支 庁 町 村 支 店 番 号	患者番号	患者氏名	日数	請求額	公費点数	後 記
9 3 1 1 3 0 0 7	〇〇〇〇〇〇	東京 太郎	2日	1,120 円	1,590点	1
9 3 1 1 3 3 0 0 7	△△△△△△	新宿 花子	3日	860 円	980点	2
9 3 1 1 3 3 0 0 7						3
9 3 1 1 3 3 0 0 7						4
9 9 9 9 9 9 9 9	合 計		2件	1,980 円		

(注) 1 請求書は、診療(調剤)年月ごとに別用紙にしてください。  
 2 備考欄の保険種別(「社」:健康保険、「後」:後期高齢者、「組」:国保組合)に〇を付けてください。  
 3 診療(調剤)報酬明細書の写し及び自己負担上限額管理票の写しを添付してください。

平成25年12月分自己負担上限額管理票

受診者	東京 太郎	受給者番号	1234567
下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。		月額自己負担上限額 2,500 円	
日付	医療機関名	自己負担額	確認印
12月15日	△△薬局		印
日付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担累積額 自己負担額印
12月2日	〇〇病院	450円	450円 印
12月2日	△△薬局	560円	1,010円 印
12月15日	〇〇病院	670円	1,680円 印
12月15日	△△薬局	820円	2,500円 印

「93133007」の適用を受け、本請求書で東京都助成医療費を請求する受診者については、実際には窓口での自己負担額の徴収はありませんが、上限額(2,500円又は5,000円)に達するまでの1割分を上限額管理票に記載する必要があります。診療(調剤)報酬明細書の「一部負担金額」欄についても同様です(ただし、10円未満の端数処理が異なります)。

III 添付書類

診療(調剤)報酬明細書の写しと自己負担上限額管理票の写しを必ず添付してください。写しを添付しなければ、お支払いできなくなりますので、御注意ください。

問い合わせ先・送付先

郵便番号 163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目9番1号  
 東京都福祉保健局障害者施策推進部精神保健・医療課  
 電話番号 03-5320-4464

## 8 過誤請求に関するお知らせ

各医療機関から請求された公費負担医療費分について、既に東京都から審査支払機関（国民健康保険団体連合会又は社会保険診療報酬支払基金）を通じて支払い済みのものうち、過誤調整などが必要なものを出力し、送付しています。（次ページ参照）。

通知が届きましたら、まずは医療機関において、理由内容に沿ってレセプト等など請求内容を確認してください。

医療券は、毎月窓口で確認してください。

主 な 過 誤 理 由	
理由コード	内 容 ⇒ 処 理 方 法
認定期間外	請求のあった該当月は認定期間外です。 ⇒審査支払機関にレセプトの取下げ依頼を行い、公費番号を削って、保険分のみ再請求してください。
受給者該当なし	請求された受給者番号に該当する認定患者はいない。 ⇒審査支払機関にレセプトの取下げ依頼を行い、正しい受給者番号での再請求を行ってください。
重複	国保連合会または支払基金と償還払いにおいて、重複して公費負担医療費が請求されている。 ⇒償還払い（本人払い）処理をしているにも関わらず、都に併用レセプトで請求しているケースです。審査支払機関にレセプトの取下げ依頼を行い公費番号を削って再請求してください。
公費負担者番号エラー	公費負担者番号が異なる。 ⇒審査支払機関にレセプトの取下げ依頼を行い、正しい公費負担者番号での再請求を行ってください。
長期高額疾病請求額エラー	先天性血液凝固因子欠乏症等又は、人工透析の助成限度額1万円を超えて公費負担医療費を請求している。 ⇒審査支払機関にレセプトの取下げ依頼を行い、特記事項欄に「02 長」又は「16 長 2」を記載した上で、再請求してください。
請求金額エラー（高額限度額超）	レセプト特記事項欄の記入誤りにより、公費支払額に誤りが生じている。 ⇒審査支払機関にレセプトの取下げ依頼を行い、医療券の適用区分を確認し、特記事項欄に記載して再請求してください。（P6の5を参照）



整理番号 26126000018	公費負担者番号 54136015	受給者氏名 生年月日	保険者番号 本人・家族
過誤内容	平成26年 10月 (外) 診療分	10,139 点	9,019 円 東
過誤理由	請求金額エラー (高額限度超過)		
処理方法	レセプト特記事項欄の記入誤り (区分相違や空欄) のため、公費支払額に誤りが生じています。		
処理番号 26126000019	公費負担者番号 82138009	受給者氏名 生年月日	保険者番号 本人・家族
過誤内容	平成26年 10月 (入) 診療分	19,163 点	19,160 円 東
過誤理由	長期高額疾病請求額エラー 人工透析の助成限度額1万円を超えて公費負担医療費を請求しています。		
処理方法	審査支払機関にレセプトの取下げ依頼をしていただき、レセプトが戻りましたら特記事項欄に「02長」を記載し、再請求してください。		
過誤内容			
過誤理由			
処理方法			

様

公費負担医療費の請求・支払について

平成26年12月12日

日ごろから、東京都が実施する公費負担・医療費助成制度に御協力いただき誠にありがとうございます。  
さて、貴機関から御請求いただいた公費負担医療費について、既に都から国民健康保険団体連合会又は社会保険診療報酬支払基金を通じてお支払い済みのものであり、右記のとおり誤りがあるとして出力されましたのでお知らせいたします。請求内容を御確認のうえ、レセプト返戻による過誤調整の処理または適切な御請求に、御協力よろしくお願いたします。

1 レセプト返戻による過誤調整について  
重複請求や公費負担者番号、認定期間外等の誤りで、過誤調整のためレセプト返戻を行う場合は、所定の様式でレセプトの取下げ依頼を下記まで御提出ください。御不明な点につきましては、お問い合わせください。

- 都内の医療機関等
- (1) 国保分 東京都国民健康保険団体連合会企画事業部管理課沼沼調整係  
03-62338-0330 (直通)
  - (2) 社保分 社会保険診療報酬支払基金 東京支部  
03-3987-6181 (代表)

都外の医療機関等

- (1) 国保分 各道府県の国民健康保険団体連合会
- (2) 社保分 社会保険診療報酬支払基金の各道府県支部

2 医療費請求について  
受給者番号の記入ミスや他の医療費助成制度受給等の場合は、各種医療費助成制度の医療費等を確認し、正しく御請求くださるようお願いいたします。

3 受給者の資格について  
公費負担者番号、受給者番号及び有効期間等につきましては、下記へお問い合わせください。  
東京都福祉保健局健康政策部医療助成課  
医療給付係 マル稲担当  
03-53320-4454 (ダイヤルイン)

4 その他  
レセプト返戻の手続きを行った場合でも、行き違いで本通知が発送される場合があります。また、本通知は診療月毎に作成しており、過去に発送した同一受給者の通知とは診療月等が異なります。御了承願います。

## 9 契約内容の変更等の手続

④医療券等を医療機関等で取り扱うに当たり、契約の際に提出していただいた「契約医療機関等届出書」の内容に変更等が生じた場合は、以下のとおり手続をお願いします。

届出書等は、東京都のホームページから入手可能です。また、御連絡いただければ郵送します。

## (1) 届出事項に変更が生じた場合

医療機関の 所在地 変更事項	都 外 医 療 機 関 等
医療機関コード	東京都福祉保健局に変更届 (P26 参照) を提出してください。
医療機関情報 (名称・住所・電話番号)	
開設者情報 (住所・名称)	
支払金振込口座	東京都福祉保健局に支払金口座依頼書 (P27 参照) を提出してください。

## (2) 契約の解除を希望される場合

一度契約を締結した後は、契約の当事者の双方どちらからか契約解除の意思表示がなされない限り、自動的に更新されております。何らかの事情により契約を解除される場合は、解除の手続をお願いします。

→ 「東京都医療費助成に係る契約の解除の申出について」 (P28) を提出してください。

届出書等をホームページで入手する場合は、  
東京都又は東京都福祉保健局のトップページを開き、

で  してください。



## 【契約に関する問い合わせ及び届出書等の送付先】

郵便番号 163-8001

住 所 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号

東京都福祉保健局保健政策部医療助成課医療調整係

電話番号 03-5320-4453 (ダイヤルイン)

ファクシミリ 03-5388-1437