◇一部負担金相当額等助成費請求書の記載要領

A.「機関コード」欄

医療機関のコード番号を記入する（押印又は印刷でも可）。

B.「平成　年　月分」欄

診療年月を記入する。

C.「平成　年　月　日」欄

提出日を記入する。

D.「大阪府［　　］市（町・村）長殿」欄

市町村名を記入する。

E.「保険医療機関」欄

所定事項を記入のうえ、捺印する。

F.「一部負担金相当額等金［　　］円」欄

請求金額を記入する。誤請求があった場合は、今月請求額から誤請求額を差し引いた額を記入する。

G.「市町村（公費負担）番号」欄

㉗医療受給者証（又は㊶老人医療証）の市町村番号（又は公費負担者番号）を記入する。

H.「受給者番号」欄

㉗医療受給者証（又は㊶老人医療証）の受給者番号（又は対象者番号）を記入する。

I.「氏名」欄

患者の氏名を記入する。

J.「診療年月」欄

当月分（B.の診療年月と同じ場合）については記載を省略してもよいが、月遅れ分は必ず診療年月を記入する。

K.「入・外」欄

入院または外来に○印をする。

L.「入院日数」欄

入院の日数を記入する。

M.「一部負担金」欄

一部負担金額を１円単位まで記入する。

N.「備考」欄

㉗医療受給者証又は㊶老人医療証の市町村と、一部負担金相当額等助成証明書の市町村が異なる場合（いわゆる住所地特例）は、備考欄に「特例」と記入する。

請求誤り、請求洩れ等で平成12年12月分以前の薬剤一部負担金を請求する場合は㋕○○○円として記入する。

O. 患者の資格喪失等による誤請求があった場合は、次月以降の請求書に誤請求分を赤字で記入して精算する。誤請求額が次月以降請求額を上回る場合は、合計請求額がマイナスにならないように患者単位でその次の月以降の請求へ繰り延べる。

Ⓐ 医療機関コード　　医 1

Ⓒ 平成 15 年 7 月 8 日

Ⓑ 平成 15 年 6 月分一部負担金相当額等助成費請求書

Ⓓ 大阪府 大阪 市（町・村）長殿

保険医療機関の所在地及び名称

Ⓔ 開設者氏名　　㊞

「27」か「41」しか出てこない。

一部負担金相当額等　金 Ⓕ ※ 52,807 円　を請求します。ただし、内訳は次のとおりです。

※ 備考欄の薬剤一部負担金についても一部負担金に併せて合計してください。

Ⓒ 市町村（公費負担）番号		Ⓓ 受給者番号	Ⓔ 氏名	Ⓕ 診療年月	Ⓖ 入・外	Ⓗ 入院日数	Ⓘ 一部負担金	Ⓙ 備考
27	27	40018	○○○○	年・月	入・外		12000	
27	27	40018	○○○○	・	入・外		3618	
27	27	40026	○○○○	12・12	入・外		3200	㊥420
41	27	40010	○○○○	・	入・外		1836	
41	27	40026	○○○○	・	入・外		2128	
27	27	40018	○○○○	・	入・外	10	40200	
41	27	41998	○○○○	・	入・外		5628	
27	27	40034	○○○○	・	入・外		4967	
	27			・	入・外			
	27			・	入・外			
	27			・	入・外			
	27			・	入・外			
	27			・	入・外			
	27			・	入・外			
	27			・	入・外			
	27			・	入・外			
	27			・	入・外			
	27			・	入・外			
	27			・	入・外			
	27			・	入・外			

この欄は市町村番号を表している。
市町村ごとに請求書を作成する。
（市町村の入り繰りは返戻となるので注意が必要。）

Ⓖ 誤請求分を赤字で記載。

一部負担金相当額等助成費請求書記入注意事項

○請求書は市町村ごとに作成し、請求金額の合計は１枚ごとに金額を記入してください。

○請求誤り等をされたときは、市町村番号、受給者番号、氏名、診療年月、入外、一部負担金、薬剤一部負担金（但し、薬剤一部負担金については備考欄に㊥と記して金額を記入する）等を赤字で記入して、１枚ごとに請求金額との差し引きできる金額にとどめて、残額については、次回請求に繰り延べしてください。

○同一市町村番号の時は以降縦線を引いて市町村番号を省略して差し支えありません。

○老人医療受給者証（法番号㉗）並びに老人医療証（法番号㊶）の市町村と一部負担金相当額等助成証明書の市町村が異なる場合（いわゆる住所地特例）は、備考欄に「特例」と記入してください。

○平成12年12月分以前の薬剤一部負担金を請求される場合は、備考欄に㊥○○○円と記入し一部負担金に合算して請求してください。

診療報酬明細書
（医科入院外）

提出先 1 社保 2 国保

平成　　年　　月分

都道府県番号 27　医療機関コード

1 医科	①社・国	3 老人	1 単独	②本外	8 高外9
	2 公費	4 退職	②2 併	4 三外	0 高外8
			3 3 併	6 家外	

市町村番号								老人医療の受給者番号								
公費負担者番号①	4	1	2	7	4	0	1	0	公費負担医療の受給者番号①	○	○	○	○	○	○	○
公費負担者番号②									公費負担医療の受給者番号②							

保険者番号												給付割合	10 9 8 7 ( )

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	

保険医療機関の所在地及び名称　　（　　床）

「本人・家族」欄は、外来の場合「2」か「6」のいずれかの字句を○で囲む。（「8」「0」には○をしない。）

氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . 生	特記事項
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害	

傷病名	(1)	診療開始日	(1) 年 月 日	転帰	治ゆ	死亡	中止	診療実日数 保険 日
	(2)		(2) 年 月 日					公費① 日
	(3)		(3) 年 月 日					公費② 日

大阪府内では都道府県番号が27（大阪の番号）以外は適用されないので注意する。

					公費分点数
⑪	初診	時間外・休日・深夜		回　点	
⑫ 再診	再診		×	回	
	外来管理加算		×	回	
	時間外		×	回	
	休日		×	回	
	深夜		×	回	
⑬	指導				
⑭ 在宅	往診			回	
	夜間			回	
	深夜・緊急			回	
	在宅患者訪問診療			回	
	その他				
	薬剤				
㉑ 投薬	㉑ 内服 薬剤			単位	
	調剤		×	回	
	㉒ 屯服 薬剤			単位	
	㉓ 外用 薬剤			単位	
	調剤		×	回	
	㉔ 処方		×	回	
	㉕ 麻毒			回	
	㉖ 調基				
㉛ 注射	㉛ 皮下筋肉内			回	
	㉜ 静脈内			回	
	㉝ その他			回	
㊵ 処置				回	
	薬剤				
㊿ 手術 麻酔				回	
	薬剤				
㊿ 検査				回	
	㊿ 尿・血・生Ⅰ・生Ⅱ・免・微・病			回	
	薬剤				
㊼ 画像診断				回	
	薬剤				
㊿ その他	処方せん			回	
	薬剤				

本助成制度対象者には、一般診療報酬点数表を適用する。
（老人医科診療報酬点数表は適用しない。）

療養の給付	保険	請求 1687 点	※ 決定 点	原則一部負担金額 円 平	一部負担金額 円 減額 割(円)免除・支払猶予	
	公費①	点	※ 点	円	円 1687	
	公費②	点	※ 点	円	円	※ 高額療養費 円 ※公費負担点数 点 ※公費負担点数 点

明細書上、41老人の1割負担又は2割負担の区別は、「療養の給付」欄の公費①「一部負担金額」の記載により区別される。
　1割負担の場合は請求点数と同じ数字を、2割負担の場合は請求点数の2倍の数字を記載する。
「一部負担金相当額等助成証明書」の提示があった場合も、一部負担金を徴収したこととして、その金額を記入する。