

マル障、マル親（マル母より変更）、マル乳の請求書は、薬剤一部負担金欄が受給者負担金額に名称変更しました。

マル老、27 老人の助成は、名称が助成→一部助成に変更し、受給者負担額の欄が追加しました。

尚、受給者負担額は 10 円未満四捨五入せず、1 円単位まで記載とのことです。

どうぞよろしく申し上げます

(提出先:大阪府国民健康保険団体連合会)

医療機関
コード

医 1

平成 年 月 日

平成 年 月分一部負担金相当額等一部助成費請求書

大阪府 [] 市(町・村)長殿

所在地
保険名称
探問担当者氏名
機関電 話

㊟

一部負担金相当額等 金 ※ [] 円

を請求します。ただし、内訳は次のとおりです。

※ 小計欄の一部負担金から受給者負担金額を差し引いた金額を記入してください。

ここに追加

市町村(公費負担)番号	受給者番号	氏名	診療 年月	入・外 曜日数	一部負担金額	受給者負担金額	備考
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			
27			・	入・外			
27			・	入・外			
27			・	入・外			
27			・	入・外			
27			・	入・外			
27			・	入・外			
27			・	入・外			
27			・	入・外			
小 計 欄							

- (記入上のご注意)
- 一部負担金相当額等一部助成費請求書(以下、助成費請求書)は、市町村単位で作成してください。
 - 小計欄には助成費請求書1枚毎の一部負担金及び受給者負担金額それぞれの小計を計上してください。
 - 受給者負担金額は、1日500円までとし、500円以下の場合は四捨五入せずに1円単位で請求してください。(1日500円/月2日)
 - 医療保険に係る診療日数を記入してください。
 - 助成費請求書1枚毎に合計金額(小計欄の一部負担金額から受給者負担金額を差し引いた金額)を計上してください。
 - 老人医療受給者証(法第27)の市町村と一部負担金相当額等一部助成費請求書の市町村が異なる場合(いわゆる住所地利例)は、備考欄に(特例)と記入してください。
 - 請求額りをされたときは、市町村番号、受給者番号、氏名、一部負担金額、受給者負担金額等を赤字で記入し、助成費請求書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てください。