

平成 年 月分 障親乳 医療費請求書(医保本人・家族用)

(保険医療機関)

大阪府国民健康保険団体連合会 殿 下記のとおり請求する。

所在地

平成 年 月 日

名称

開設者氏名

電話

㊦

機関コード 医科 1 No

公費負担者番号	受給者番号	受給者氏名	被保険者証 記号・番号	入 外				診療年月 年 月	実日数	請求点数	公費分点数 (結核・精神等)	受給者負担金額	食事 日数	食事療養費	食事療養費 標準負担額	長	備考	高額	区分
				本	三	家	高												
27				1	3	5	7	9								長			
				2	4	6	8	0											
27				1	3	5	7	9								長			
				2	4	6	8	0											
27				1	3	5	7	9								長			
				2	4	6	8	0											
27				1	3	5	7	9								長			
				2	4	6	8	0											
27				1	3	5	7	9								長			
				2	4	6	8	0											
27				1	3	5	7	9								長			
				2	4	6	8	0											
27				1	3	5	7	9								長			
				2	4	6	8	0											
27				1	3	5	7	9								長			
				2	4	6	8	0											

提出先 ↓ 大阪府国民健康保険団体連合会

(記載等のご注意)

※太枠内は記入しないで下さい

- この請求書は医療保険と併用の㉝障害者医療、㉞ひとり親家庭医療、㉟乳幼児医療の場合に使用し、大阪府国民健康保険団体連合会へ提出する。
- 2枚以上にわたる場合は、No を記入し、2枚目以降も捺印する。
- 「入 外」欄は、該当する数字を○で囲む。
- 「診療年月」欄は、当月分は記入の必要はないが、月遅れのときは記入する。
- 「請求点数」欄は、合計点数を記入する。
- 「公費分点数」欄は、結核・精神・特定疾患等の公費分点数がある場合は、その点数を記入するとともに、「備考」欄に法制番号10、21、51等を記入する。なお、法制番号15、16、51等の場合は、患者負担額も「備考」欄に記入する。
- 「受給者負担金額」欄は、平成16年11月診療分から法制番号㉝、㉞、㉟の公費に対し発生した自己負担金額(1日500円/月2日)を記入する。
- 受給者負担金額は、1日につき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。(月2日まで)
- 欄は、食事療養費標準負担額を公費で負担する場合のみ記入するとともに、食事の負担の無い場合は「0」と記入する。
- 長期高額疾病患者の高額療養費該当者は、「長」欄の「長」を○で囲む。
- 平成15年3月診療分以前の薬剤一部負担金を請求される場合は、「備考」欄に「ヤ〇〇〇〇円」と記入する。

入院	1	本入 (本人入院)
	3	三入 (3歳未満入院)
	5	家入 (家族入院)
	7	高入 (高齢受給者・老人9割給付入院)
外来	9	高入 (高齢受給者・老人8割給付入院)
	2	本外 (本人外来)
	4	三外 (3歳未満外来)
	6	家外 (家族外来)
	8	高外 (高齢受給者・老人9割給付外来)
	0	高外 (高齢受給者・老人8割給付外来)

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
 名称
 開設者氏名
 電話番号

㊞

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額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。

市町村(公費負担)番号	受給者番号	氏名	診療年月	入・外	実日数	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				
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、市町村単位に作成してください。
- 小計欄には助成費請求書1枚毎の一部負担金額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日に付き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実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(法制27)の市町村と一部負担金相当額等一部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。
- 請求誤りをされたときは、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枚毎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。