様式第５号の２（第７条関係）

1	2
５	２

有効期間	平成１８年　４月　１日から 平成１９年　３月３１日まで

1	2	3	4	5	6	7
身障	重度	ひとり親家庭	４歳未満（入院・通院）	特定疾病	４歳～就学前（入院）	精神

特別医療費請求書（国保用）

鳥取県
市町村コード 4 ３１０００ 9 １

様

平成１８年　８月　２日
医療機関コード 10 １２３４５６ 16 ７
医療機関等の所在地及び名称
開設者氏名
東京都文京区本駒込２－２８－１６
医療法人　オルカ医院
オルカ　印

17 18 19 20 21		
平成１８年　７月	１ 入院 / ２ 入院外	診療分

の診療行為は以下のとおりであることを証明し、特別医療費を下記のとおり請求します。

特別医療費受給資格証記号番号	22 28	受給者氏名	テスト国保心身障害　男・女 明・大・昭・平　20年生
被保険者証記号番号		保険種保	国保　（退職者）　（国組）
		保険者名	番号 ０１００２５ 名称 函館市
特定疾病及び精神(通院)の医療機関名		特定疾病病名	
① 保険負担割合	29 ７割・８割・９割・１０割		
入院	入院日数（　　）日間 平成　年　月　日～ 平成　年　月　日	入院外	診療日数（１）日間
② 総点数	31 ３２２点	③ 結予公費負担点数	39 45点
④ 薬剤一部負担金	47 円		
⑤ 受給者支払額	52 円	56 通院530円×　回	58 入院1,200円　日　62 入院500円×　日
⑥ 標準負担額	64 回	66 円	
⑦ 特別医療費請求額	72 ⑦={(②-③)×(10-①)}+④+⑥－⑤ ＋③×0.5　円 966	決定請求額	※　円

※　81～98まで該当する項目すべてに○印を記入してください。
長期の者は、自己負担額が10,000円を越える場合のみ、「83長期」に○印を記入してください。
「95減額認定」は標準負担額が生じる場合（注３参照）のみ、○印を記入してください。

81	82	83	84	85	86
老人	退職	長期	更生 公費15	育成 公費16	高齢

95	96	97	98	99
減額認定	在総診	特定疾患 公費51	３歳未満	精神 公費21

（注）１．該当する項目をもれなく記入してください。ただし、※決定請求額欄は記入しないでください。
２．制度「１身障」、「２重度」及び「７精神」に該当する者（老人保健法による医療を受ける者を含む）は、受給者支払額が生じませんので、⑤受給者支払額欄は記入しないでください。
３．「⑥標準負担額」が生じるのは、「標準負担額減額認定証」又は「限度額摘要・標準負担額限度額認定証」の交付を受けている者が、入院時食事療養を受けた場合のみです。
４．結予公費負担（公費１０）に係る自己負担額は、１円未満切捨てです。
５．特定疾病に該当する者の医療の場合は、②総点数欄には、受給資格証に記載されている特定疾病の治療のみの点数を記入してください。