

○坂出市福祉医療費助成条例 (平成7年3月28日  
条例第9号)

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| 改正 平成11年6月28日 条例第18号 | 平成13年3月27日 条例第10号 |
| 平成12年3月23日 条例第15号    | 平成15年7月1日 条例第22号  |
| 平成12年12月25日 条例第35号   |                   |

(目的)

第1条 この条例は、乳幼児、心身障害者および母子に係る医療費等を助成することにより、乳幼児、心身障害者および母子の保健の向上に寄与するとともに、福祉の増進を図ることを目的とする。

一部改正〔平成13年条例10号〕

(用語の定義)

第2条 この条例において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

(1) 乳幼児 次に該当する者をいう。

- ア 乳児 年齢1歳に達した日の属する月の末日（年齢1歳に達した日が月の初日であるときは、その日の前日）までの者
- イ 幼児 年齢1歳に達した日の属する月の翌月の初日から年齢6歳に達した日の属する月の末日（年齢6歳に達した日が月の初日であるときは、その日の前日）までの者

(2) 心身障害者 次のいずれかに該当する障害者、障害児をいう。

- ア 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第4項の規定に基づき交付を受けた身体障害者手帳に身体上の障害の程度が1級、2級、3級または4級である者として記載されている者
- イ 療育手帳制度要綱（昭和48年9月27日厚生省発児第156号厚生事務次官通知）に基づき交付を受けた療育手帳に障害の程度が㉠、Aまたは㉡として記載されている者

(3) 母子 次のいずれかに該当する者をいう。

- ア 母子及び寡婦福祉法（昭和39年法律第129号）第6条第1項の規定に基づき同条第2項に規定する児童（年齢20歳に達した日の属する月の末日（年齢20歳に達した日が月の初日であるときはその日の前日）までの者をいい、以下「児童」という。）を現に扶養している配偶者のない女子および当該児童

- 3 助成する医療費の額は、乳児、幼児（3歳児、4歳児および5歳児）、心身障害者および母子にあっては坂出市が契約した医療機関等において対象者が負担し、または負担すべき額とし、幼児（1歳児および2歳児）にあっては医療機関等において対象者が負担し、または負担すべき額（保護者の所得が規則で定める所得の限度を超えない場合は保護者の負担した額、超える場合は保護者の負担した額から市長が別に定める額を控除した額）とする。
- 4 前項の規定にかかわらず、乳児、幼児（3歳児、4歳児および5歳児）、心身障害者および母子が坂出市が契約していない医療機関等において医療に関する給付を受けた場合で、市長が特別の理由があると認めるときは、対象者が負担し、または負担すべき額を助成する医療費の額とすることができる。
- 5 老人保健法の医療の適用を受ける心身障害者および母子に対して助成する医療費の額は、同法第28条の規定により算定した一部負担金に相当する額、同法第31条の2第2項および同法第46条の5の2第4項に規定する厚生労働大臣が定める額に相当する額とする。
- 6 第3項および第4項の規定にかかわらず、市長は、助成する医療費の額について、必要な調整をすることができる。

一部改正〔平成11年条例18号・12年15号・35号・13年10号〕

(助成の申請等)

- 第5条 対象者は、この条例による医療費の助成を受けようとするときは、市長に申請しなければならない。ただし、第7条第1項に規定する助成については、次条第1項の規定により受給資格者証の交付を受けたあとは申請を要しない。
- 2 対象者は、第7条第2項および第3項に規定する医療費の助成については、医療に関する給付を受けた月分ごとに、市長に申請しなければならない。
- 3 市長が対象者について特別の理由があると認めるときは、保護者または介護者は、対象者に代わって前項の規定による申請をし、または医療費の助成を受けることができる。
- 4 前2項の規定による申請は、医療に関する給付を受けた日の属する月の翌月の初日から起算して1年以内に行なければならない。

(受給資格者証)

- 第6条 市長は、この条例による医療費の助成を受ける資格を証するため、前条第1項本文の規定による申請をした対象者には受給資格者証を交付する。

(経過措置)

第3条 前条各号に掲げる条例の規定に基づき現に受給資格者証の交付を受けている者は、この条例の規定による受給資格者証の交付を受けたものとみなす。

付 則 (平成11年6月28日条例第18号)

- 1 この条例は、平成11年7月1日から施行する。
- 2 平成11年7月1日前に行われた医療に係る老人医療費の支給については、なお従前の例による。

付 則 (平成12年3月23日条例第15号)

この条例は、平成12年4月1日から施行する。

付 則 (平成12年12月25日条例第35号)

この条例は、平成13年1月6日から施行する。

付 則 (平成13年3月27日条例第10号)

- 1 この条例は、平成13年4月1日から施行する。
- 2 平成13年3月31日までに年齢68歳に達した者に対する老人医療費の助成については、なお従前の例による。

付 則 (平成15年7月1日条例第22号)

この条例は、公布の日から施行し、平成15年4月1日から適用する。

## ○坂出市福祉医療費助成条例施行規則

(平成7年3月28日)  
規則第9号

改正 平成8年3月28日 規則第3号 | 平成13年3月27日 規則第10号  
平成12年3月23日 規則第8号 | 平成15年3月31日 規則第13号

(趣旨)

第1条 この規則は、坂出市福祉医療費助成条例（平成7年坂出市条例第9号。以下「条例」という。）の施行に関し必要な事項を定めるものとする。

(用語の定義)

第2条 条例第2条第6号の規則で定める医療保険各法は、次のとおりとする。

- (1) 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）
- (2) 健康保険法（大正11年法律第70号）
- (3) 船員保険法（昭和14年法律第73号）
- (4) 国家公務員共済組合（昭和33年法律第128号）
- (5) 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）
- (6) 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）

2 条例第3条第4号および第4条第3号の規則で定める所得の限度額は、次に掲げる額とする。

- (1) 母子にあっては、特別児童扶養手当の支給に関する法律（昭和39年法律第134号）第20条および第21条の規定による所得の限度額
- (2) 幼児にあっては、国民年金法施行令等の一部を改正する政令（平成11年政令第162号）による改正後の児童手当法施行令（昭和46年政令第281号）第11条の規定により読み替えられた同令第1条に定める所得の額とする。

一部改正〔平成8年規則3号・12年8号・13年10号〕

(助成資格の取得日)

第3条 条例第3条に規定する対象者が医療費の助成を受けることができる資格の取得日は、次のとおりとする。

- (1) 乳幼児 受給資格者証の交付を受けた日（ただし、正当な理由により当該申請が遅れた場合は、市長が認める日）
- (2) 心身障害者および母子

〔坂出九三〇〕  
②

一六一九の二七

第8条 受給者は、次の各号の一に該当したときは、直ちに受給資格喪失届(様式第1号)に受給資格者証を添えて、市長に提出しなければならない。

- (1) 市内に住所を有しなくなったとき。
- (2) 生活保護法(昭和25年法律第144号)の適用を受けたとき。
- (3) 心身障害者が条例第2条第2号に該当しなくなったとき。
- (4) 母子が条例第2条第3号に該当しなくなったとき。

一部改正〔平成13年規則10号〕

(医療費助成の請求、申請等)

第9条 医療機関は、医療費請求書(様式第3号、様式第4号、様式第5号または様式第6号)により、各月分について翌月の10日までに市長に請求しなければならない。

2 受給者は、条例第5条第2項または第3項の規定による申請を行うときは、医療費支給申請書(様式第7号、様式第8号または様式第9号)を市長に提出しなければならない。

3 市長は、前項の規定による申請を受けたときは、その内容を審査し、当該申請に係る医療費の助成額を決定の上、これを支給するものとする。

(助成方法の特例)

第10条 条例第7条第2項の特別の理由は、次の各号のいずれかに該当する場合をいう。

- (1) 医療保険各法に規定する対象者に係る療養費または療養費に相当する家族療養費が支給されたとき。
- (2) 条例第4条第4項に規定する医療に関する給付を受けたとき。
- (3) その他市長が特に必要があると認めるとき。

(第三者行為の届出)

第11条 条例第8条第1項に規定する第三者の行為による傷病について医療費の助成を受けようとする受給者は、その事実、当該第三者の住所、氏名および被害の状況等を、直ちに市長に届け出なければならない。

(高額療養費の調整)

第12条 受給者は、医療保険各法の規定により高額療養費または老人保健法の規定による高額医療費の支給を受けられる場合は、その旨を市長に申し出なければならない。

付 則 (平成13年3月27日規則第10号)

(施行期日)

1 この規則は、平成13年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 平成13年3月31日までに年齢68歳に達した者に対する老人医療費の助成については、なお従前の例による。

3 請求書および申請書については、当分の間、改正前の様式を使用することができる。

付 則 (平成15年3月31日規則第13号)

この規則は、平成15年4月1日から施行する。

〔坂出九三三〕②

一六一九の三三

様式第2号(第4条関係) 全部改正〔平成13年規則10号〕, 一部改正〔平成15年規則13号〕

受給資格者証

|        |         |   |    |  |  |
|--------|---------|---|----|--|--|
| 受給者番号  |         |   |    |  |  |
| 受給者    | 氏名      |   |    |  |  |
|        | 住所      |   |    |  |  |
| 対象者    | 氏名      |   |    |  |  |
|        | 生年月日    |   |    |  |  |
|        | 住所      |   |    |  |  |
| 老人保健適用 | 有       | 無 | 番号 |  |  |
| 有効期間   |         |   |    |  |  |
| 発行機関名  | 香川県坂出市長 |   |    |  |  |
|        | 印       |   |    |  |  |

制度の利用方法

- 1 医療費助成の受け方
  - ① 乳児(0歳児)幼児(3・4・5歳児), 心身障害者, 母子家庭等の方
    - ・市内の病院等→受給資格者証と保険証を病院等(調剤薬局・歯科・接骨院含む)窓口に提示
    - ・市外の病院等→②と同様の取り扱い
  - ② 幼児(1・2歳児)
    - ・病院等の窓口で立替払いをした後, 受診の翌月に前月(1月分)の支払い金額について医療費支給申請書(保健課にあります)に病院等で証明をしてもらってください。
    - ・証明の書かれた申請書に所定事項を記入捺印の上, 受給資格者証とともに, 受診より1年以内に保健課までご持参下さい。口座振込みにより支払いをいたします。
- 2 医療保険および老人保健制度の改正がありましたら, 上記の福祉医療費の助成制度もそれに合わせて変更があります。
  - 幼児(市費) 外来・入院(一診療毎) 3,000円
- 3 助成には限度があります。限度額を超えた場合は保険者に請求して下さい。
- 4 受給資格者証の内容変更(保険等), 資格喪失(転出・死亡等), 年齢到達(1歳, 3歳到達)の場合は, 保険医療係まで届け出て下さい。

様式第 4 号 (第 9 条関係) 全部改正 [平成13年規則10号]

年 月分 医療費請求書

下記のとおり請求いたしますので、下記口座へ振り込んで下さい。

年 月 日

1 心身障害者

2 母子家庭等

3 乳 児

医療機関コード

7 幼児 (3・4・5歳)

名 称

(1. 2. 3. 7いずれかに○)

所 在 地

坂出市長 殿

電 話 番 号

名 義 人

印

振込先 銀行 支店 普・当 口座番号

\*振込先は変更がなければ記入する必要はありません。

内 訳 書

| No. | 受給者番号 | 氏 名 | 診療科目 | 保険種別                             | 医 療 費 総 点 数 | 合 計 請 求 額   |           |               | 薬 劑 費 一 部 負 担 額 | 請 求 金 額 |
|-----|-------|-----|------|----------------------------------|-------------|-------------|-----------|---------------|-----------------|---------|
|     |       |     |      |                                  |             | 他 法 負 担 点 数 | 高 額 療 養 費 | 医 療 費 請 求 金 額 |                 |         |
| 1   |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退保<br>退本・退保<br>退本・退保 |             |             |           |               |                 |         |
| 2   |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退保<br>退本・退保          |             |             |           |               |                 |         |
| 3   |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退保<br>退本・退保          |             |             |           |               |                 |         |
| 4   |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退保<br>退本・退保          |             |             |           |               |                 |         |
| 5   |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退保<br>退本・退保          |             |             |           |               |                 |         |
| 6   |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退保<br>退本・退保          |             |             |           |               |                 |         |
| 7   |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退保<br>退本・退保          |             |             |           |               |                 |         |
| 8   |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退保<br>退本・退保          |             |             |           |               |                 |         |
| 9   |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退保<br>退本・退保          |             |             |           |               |                 |         |
| 10  |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退保<br>退本・退保          |             |             |           |               |                 |         |
| 11  |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退保<br>退本・退保          |             |             |           |               |                 |         |
| 12  |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退保<br>退本・退保          |             |             |           |               |                 |         |
| 13  |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退保<br>退本・退保          |             |             |           |               |                 |         |
| 14  |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退保<br>退本・退保          |             |             |           |               |                 |         |
| 15  |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退保<br>退本・退保          |             |             |           |               |                 |         |
| 小 計 |       |     | 件    |                                  |             |             |           |               |                 |         |
| 合 計 |       |     | 件    |                                  |             |             |           |               |                 |         |

( 枚のうち 枚目)

各受給資格ごと、1枚目に請求金額の合計をご記入下さい。

医療機関コード、区分、電話番号は必ずご記入下さい。

太枠内は薬剤費の一部負担金です。保険診療分(定率負担分)の薬剤費は医療費の欄にご記入下さい。  
調剤薬局は処方箋の病院ごとに分けてご記入下さい。指導料など共通部分についてはお問い合わせ下さい。

〔坂出八九〕②

一六一九の三五



様式第6号 (第9条関係) 全部改正〔平成13年規則10号〕

年 月分 医療費請求書

下記のとおり請求いたしますので、下記口座へ振り込んで下さい。

年 月 日

1 心身障害者  
 2 母子家庭等  
 3 乳 児  
 4 心身障害者  
 (老保適用のみ)  
 7 幼 児  
 (1. 2. 3. 4いずれかに○)

坂出市長 殿

ステーションコード \_\_\_\_\_  
 区 分 (診定率・診定額) \_\_\_\_\_  
 名 称 \_\_\_\_\_  
 所 在 地 \_\_\_\_\_  
 電 話 番 号 \_\_\_\_\_  
 名 義 人 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
 振込先 銀行 支店 普・当 口座番号 \_\_\_\_\_  
 \*振込先は変更がなければ記入する必要はありません。

| 内 訳 書 |       |     | 合 計 請 求 額 |           |       |       |      |
|-------|-------|-----|-----------|-----------|-------|-------|------|
| No    | 受給者番号 | 氏 名 | 訪問日数      | 訪問看護療養費総額 | 基本利用料 | 他法負担額 | 請求金額 |
| 1     |       |     |           |           |       |       |      |
| 2     |       |     |           |           |       |       |      |
| 3     |       |     |           |           |       |       |      |
| 4     |       |     |           |           |       |       |      |
| 5     |       |     |           |           |       |       |      |
| 6     |       |     |           |           |       |       |      |
| 7     |       |     |           |           |       |       |      |
| 8     |       |     |           |           |       |       |      |
| 9     |       |     |           |           |       |       |      |
| 10    |       |     |           |           |       |       |      |
| 11    |       |     |           |           |       |       |      |
| 12    |       |     |           |           |       |       |      |
| 13    |       |     |           |           |       |       |      |
| 14    |       |     |           |           |       |       |      |
| 15    |       |     |           |           |       |       |      |
| 小     | 計     | 件   |           |           |       |       |      |
| 合     | 計     | 件   |           |           |       |       |      |

枚のうち 枚目)

〔坂出八九〕②

一六一九の三七

様式第8号 (第9条関係) 全部改正 [平成13年規則10号]

医療費支給申請書

2 母子家庭等  
(老保適用)

4 心身障害者  
(老保適用)

坂出市長 殿

年 月 日

下記の一部負担額を支払いましたので、一部負担額に係る医療費を支給されたく申請します。

|     |       |  |  |  |  |   |  |   |  |
|-----|-------|--|--|--|--|---|--|---|--|
| 対象者 | 受給者番号 |  |  |  |  |   |  |   |  |
|     | 氏名    |  |  |  |  |   |  |   |  |
|     | 生年月日  |  |  |  |  | 年 |  | 月 |  |

住所 坂出市 町 丁目 番 号  
申請者 氏名 番地 ⑩

(医療機関証明欄)

| 診療報酬による一部負担額     |                      | 保険の種類 (日・政・組・船・共・国) |             |
|------------------|----------------------|---------------------|-------------|
| ( 年 月 診療分)       |                      |                     |             |
| 区 分              |                      | 入院 (保険診療分)          | 入院外 (保険診療分) |
| 総診療報酬点数          | ①                    | 点                   | 点           |
| 医療費本人負担額 (一部相当分) | ①×1                  | 円                   | 円           |
| 上限該当額 (支払額)      |                      | 円                   | 円           |
| 入院時食事療養費標準負担額    |                      | 円                   | 通院日数 日      |
| 一部負担金の減額・免除の有無   | 減額 免除 (該当する場合に○をつける) |                     | 内 点         |
| 本月の入院継続日数        | 日                    |                     | 外 点         |
| 入院開始年月日          | 年 月 日                | 継続                  | 眼 点         |
| 証明年月日            | 年 月 日                |                     | 整 点         |
|                  |                      |                     | 点           |

医療機関等の所在地  
名称および開設者氏名 ⑩

医療機関コード (薬局コード)  医療機関区分に○をつけてください。  
(200床以上・200床未満・診定額・薬局)

医科、歯科の場合はどちらかに○をつけてください。⇒ (院内処方・院外処方)

---

調剤薬局の場合、処方箋発行 医療機関名 医療機関コード  
元の医療機関名およびコード (  ) (200床以上・200床未満・診定額)

(注) 医療機関コード、医療機関区分は必ず記入してください。

入院の場合、「老人医療の入院一部負担金限度額適用、入院食事標準負担額減額」認定証の有無を確認してください。

| 本人負担額 (A) | 高額療養費老人保険負担額 (B) | 支給決定額 (A)-(B) |
|-----------|------------------|---------------|
|           |                  |               |

|    |  |
|----|--|
| 受付 |  |
| 決裁 |  |

|    |  |  |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|--|--|
| 決裁 |  |  |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|--|--|

〔坂出八九〕②

一六一九の三九

(\*提出期限は診療月から1年以内です。)

# 医療費支給申請書

- 1 心身障害者
- 2 母子家庭等
- 3 乳児
- 6 幼児(1・2歳)
- 7 幼児(3・4・5歳)

下記の一部負担額を支払いましたので、一部負担額に係る医療費を支給されたく申請します。

坂出市長 殿

平成 年 月 日

|     |       |     |   |   |   |  |  |
|-----|-------|-----|---|---|---|--|--|
| 対象者 | 受給者番号 |     |   |   |   |  |  |
|     | 氏名    |     |   |   |   |  |  |
|     | 生年月日  | 昭・平 | 年 | 月 | 日 |  |  |

住所 坂出市 町 丁目 番 号  
番地

申請者

氏名

印

## (医療機関証明欄)

### 診療報酬による一部負担額

(平成 年 月診療分\*)

保険の種類(日・政・組・船・共・国・退本・退扶)

| 区 分     |                   | 入院 (保険診療分) |    | 入院外 (保険診療分) |   |
|---------|-------------------|------------|----|-------------|---|
| 総診療報酬点数 |                   | ①          | 点  |             | 点 |
| 区       | 他法負担点数            | ②          | 点  |             | 点 |
|         | 保険者負担点数(高額医療分を除く) | ③          | 点  |             | 点 |
|         | 医療費本人負担額          | ①-(②+③)    | 円  |             |   |
| 分       | 入院時食事療養費標準負担額     |            | 円  | 通院日数        | 日 |
|         | 本月の入院継続日数         |            | 日  | 内           | 点 |
|         | 入院開始年月日           | 年 月 日      | 継続 | 外           | 点 |
|         |                   |            |    | 眼           | 点 |
|         |                   |            | 整  | 点           |   |
|         |                   |            |    | 点           |   |

証明年月日 平成 年 月 日

医療機関等の所在地  
名称および開設者氏名

印

医療機関コード  
(薬局コード)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

医科、歯科の場合はどちらかに○をつけてください。

( 院内処方・院外処方 )

調剤薬局の場合は処方箋発行  
元の医療機関名およびコード

医療機関名

医療機関コード

(

)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

(医療機関の方へ)

記入事項がご不明の場合は坂出市保健課(44-5006)までお電話ください。

| 本人負担額 (A) | 高額療養費保険者負担額 (B) | 附加給付額 (C) | 一部負担額 (D) | 支給決定額 (A)-((B)+(C)+(D)) |
|-----------|-----------------|-----------|-----------|-------------------------|
|           |                 |           |           |                         |

|    |  |   |  |  |  |  |  |  |
|----|--|---|--|--|--|--|--|--|
| 受付 |  | 決 |  |  |  |  |  |  |
| 決裁 |  | 裁 |  |  |  |  |  |  |

# 平成 年 月分 医療費支給申請書

- 2. 母子家庭等  
(老保適用のみ)
- 4. 心身障害者  
(老保適用のみ)
- (2. 4いずれかに○)

下記のとおり請求いたしますので、下記口座へ振り込んで下さい。

平成 年 月 日

坂出市長 殿

医療機関コード

区 分 (病院200床以上・200床未満・診療所・調剤薬局)

名 称

所 在 地

電 話 番 号

名 義 人

印

振込先 銀行 支店 番・当 口座番号

\* 振込先は変更がなければ記入する必要はありません。

内訳書

## 合計請求額

| No  | 受給者番号 | 氏 名 | 診療科目 | 処方種別  | 病院種別           | 病院名 | 日数 | 医療費総点数 | 医療費請求金額 | 入院時食事療養負担額 | 請求金額 |
|-----|-------|-----|------|-------|----------------|-----|----|--------|---------|------------|------|
|     |       |     |      |       |                |     |    |        |         |            |      |
| 1   |       |     |      | 院内・院外 | 200以上<br>200未満 |     |    |        |         |            |      |
| 2   |       |     |      | 院内・院外 | 200以上<br>200未満 |     |    |        |         |            |      |
| 3   |       |     |      | 院内・院外 | 200以上<br>200未満 |     |    |        |         |            |      |
| 4   |       |     |      | 院内・院外 | 200以上<br>200未満 |     |    |        |         |            |      |
| 5   |       |     |      | 院内・院外 | 200以上<br>200未満 |     |    |        |         |            |      |
| 6   |       |     |      | 院内・院外 | 200以上<br>200未満 |     |    |        |         |            |      |
| 7   |       |     |      | 院内・院外 | 200以上<br>200未満 |     |    |        |         |            |      |
| 8   |       |     |      | 院内・院外 | 200以上<br>200未満 |     |    |        |         |            |      |
| 9   |       |     |      | 院内・院外 | 200以上<br>200未満 |     |    |        |         |            |      |
| 10  |       |     |      | 院内・院外 | 200以上<br>200未満 |     |    |        |         |            |      |
| 11  |       |     |      | 院内・院外 | 200以上<br>200未満 |     |    |        |         |            |      |
| 12  |       |     |      | 院内・院外 | 200以上<br>200未満 |     |    |        |         |            |      |
| 13  |       |     |      | 院内・院外 | 200以上<br>200未満 |     |    |        |         |            |      |
| 14  |       |     |      | 院内・院外 | 200以上<br>200未満 |     |    |        |         |            |      |
| 15  |       |     |      | 院内・院外 | 200以上<br>200未満 |     |    |        |         |            |      |
| 小 計 |       | 件   |      |       |                |     |    |        |         |            |      |
| 合 計 |       | 件   |      |       |                |     |    |        |         |            |      |

( 枚のうち 枚目)

各受給資格ごと、1枚目に請求金額の合計をご記入下さい。  
 医療機関コード、区分、電話番号は必ずご記入下さい。  
 日数の欄には、入院日数、または外来で診療所定額選択の場合通院日数をご記入下さい。  
 老人保健診療分(定率負担部分)は医療費の欄にご記入下さい。  
 病院種別・処方種別により上限額が異なります。必ず○印をご記入下さい。  
 調剤薬局は処方箋の病院ごとに分けてご記入下さい。指導料など共通部分についてはお問い合わせ下さい。

# 平成 年 月分 医療費請求書

下記のとおり請求いたしますので、下記口座へ振り込んで下さい。

平成 年 月 日

- 1. 心身障害者
  - 2. 母子家庭等
  - 3. 乳 児
  - 7. 幼児(3・4・5歳)
- (1. 2. 3. 7いづれかに○)

医療機関コード

名 称

所 在 地

電 話 番 号

名 義 人

印

振込先 銀行 支店 普・当 口座番号

\* 振込先は変更がなければ記入する必要はありません。

坂出市長殿

内訳書

## 合計請求額

| No  | 受給者番号 | 氏 名 | 診療科目 | 保険種別           | 医療費総点数 | 他法負担点数 | 高額療養費 | 医療費請求金額 | 薬剤費一部負担額 | 請求金額 |
|-----|-------|-----|------|----------------|--------|--------|-------|---------|----------|------|
| 1   |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退扶 |        |        |       |         |          |      |
| 2   |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退扶 |        |        |       |         |          |      |
| 3   |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退扶 |        |        |       |         |          |      |
| 4   |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退扶 |        |        |       |         |          |      |
| 5   |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退扶 |        |        |       |         |          |      |
| 6   |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退扶 |        |        |       |         |          |      |
| 7   |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退扶 |        |        |       |         |          |      |
| 8   |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退扶 |        |        |       |         |          |      |
| 9   |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退扶 |        |        |       |         |          |      |
| 10  |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退扶 |        |        |       |         |          |      |
| 11  |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退扶 |        |        |       |         |          |      |
| 12  |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退扶 |        |        |       |         |          |      |
| 13  |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退扶 |        |        |       |         |          |      |
| 14  |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退扶 |        |        |       |         |          |      |
| 15  |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退扶 |        |        |       |         |          |      |
| 小 計 |       | 件   |      |                |        |        |       |         |          |      |
| 合 計 |       | 件   |      |                |        |        |       |         |          |      |

( 枚のうち 枚目)

各受給資格ごと、1枚目に請求金額の合計をご記入下さい。

医療機関コード、区分、電話番号は必ずご記入下さい。

太枠内は薬剤費の一部負担金です。保険診療分(定率負担分)の薬剤費は医療費の欄にご記入下さい。

調剤薬局は処方箋の病院ごとに分けてご記入下さい。指導料など共通部分についてはお問い合わせ下さい。

平成 年

月分医療費請求書(入院用)

〒 府県市区町村 区 丁目 番 号

平成 年 月 日

医療機関コード

名 称

所 在 地

電 話 番 号

名 義 人

振込先

銀行

支店 番 号

口座番号

印

- 1. 心身障害者
  - 2. 母子家庭等
  - 3. 乳 児
  - 7. 幼児(3・4・5歳)
- (1. 2. 3. 7いずれかに○)

坂出市長殿

内訳書

| No  | 受給者番号 | 氏 名 | 診療科目 | 保険種別           | 入院開始年月日 | 入院日数 | 医療費総点数 | 他法負担点数 | 高額療養費 | 医療費請求額 | 入院請求療養費負担額 | 請求金額 |
|-----|-------|-----|------|----------------|---------|------|--------|--------|-------|--------|------------|------|
| 1   |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退扶 |         | 継続   |        |        |       |        |            |      |
| 2   |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退扶 |         | 継続   |        |        |       |        |            |      |
| 3   |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退扶 |         | 継続   |        |        |       |        |            |      |
| 4   |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退扶 |         | 継続   |        |        |       |        |            |      |
| 5   |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退扶 |         | 継続   |        |        |       |        |            |      |
| 6   |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退扶 |         | 継続   |        |        |       |        |            |      |
| 7   |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退扶 |         | 継続   |        |        |       |        |            |      |
| 8   |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退扶 |         | 継続   |        |        |       |        |            |      |
| 9   |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退扶 |         | 継続   |        |        |       |        |            |      |
| 10  |       |     |      | 社保・国保<br>退本・退扶 |         | 継続   |        |        |       |        |            |      |
| 小 計 |       |     |      |                |         |      |        |        |       |        |            |      |
| 合 計 |       |     |      |                |         |      |        |        |       |        |            |      |

合計請求額

( 枚のうち

枚目)

各受給資格者ごと、1枚目に請求金額の合計(入院と外来の合計額)をご記入下さい。  
医療機関コード、区分、電話番号は必ずご記入下さい。  
日数の欄をご記入下さい。