

平成31年4月1日

各市内医療機関等 御中

善通寺市社会福祉課

善通寺市心身障害者等医療費助成請求書の様式について（お願い）

日ごろは、善通寺市福祉行政にご協力を賜り、厚く御礼を申し上げます。

さて、表題の医療費助成請求書につきまして、本年5月より新元号となりますので、改元後の様式を送付いたします。同封の請求書様式につきましては、5月診療分以降にご使用下さい。

なお、独自のシステム等で請求書を作成いただいております医療機関様におかれましては、下記のとおり診療年月の1文字目を「5」と変更のうえご提出いただきますよう、よろしくお願いいたします。

記

【変更点】

市町コード		診療年月				医療区分	医療機関コード	診療科目	計算区分
0	2	5	○	○	▲	▲	5		

- ・市町コード：「02」が善通寺市のコードです。
- ・診療年月：「5」が新元号のコードです。○○は年数を、▲▲は月を記入してください。

2019年5月診療分は「50105」とご記入ください。

- ・医療区分：「5」が心身障害者等医療費助成のコードです。

※記入方法等につきましては、従来と変更ありません

【同封書類】

- ・善通寺市心身障害者等医療費助成請求書・・・第5号様式（第7条関係）  
1枚目および2枚目

（※2枚目につきましては1か月の請求件数が15件を超える場合にご使用ください）

問い合わせ

〒765-8503

善通寺市文京町二丁目1番1号

善通寺市保健福祉部社会福祉課

担当 林

TEL 0877-63-6339

第5号様式（第7条関係）

善通寺市心身障害者等医療費助成請求書

市町コード		診療年月			医療区分	医療機関コード	診療科目	計算区分
0	2	5			5			

月診療分

請求額	円
-----	---

上記のとおり請求いたしますので、下記の口座に振り込んでください。

年 月 日

善通寺市長 様

医療機関等の所在地

名称及び開設者氏名.....<sup>㊞</sup>

振込先.....銀行.....支店 普・当

.....口座番号.....

内 訳 書

行 番号	保険 区分	氏 名	受給者番号	入院 外来	診療報 酬点数	他法負 担点数	高 額 療 養 費	市 負 担 額	入院開始年月日 本月の入院日数
					点	点	円	円	. . 日
1	国社			入外					. . 日
2	国社			入外					. . 日
3	国社			入外					. . 日
4	国社			入外					. . 日
5	国社			入外					. . 日
6	国社			入外					. . 日
7	国社			入外					. . 日
8	国社			入外					. . 日
9	国社			入外					. . 日
10	国社			入外					. . 日
11	国社			入外					. . 日
12	国社			入外					. . 日
13	国社			入外					. . 日
14	国社			入外					. . 日
15	国社			入外					. . 日
合計									/

注) 診療月・診療科目ごとに集計すること。

( 枚のうち 枚目)

市町コード		診療年月			医療区分	医療機関コード	診療科目	計算区分
0	2	5			5			

内 訳 書

行 番号	保険 区分	氏 名	受給者番号	入院 外来	診療報 酬点数	他法負 担点数	高 額 療養費	市 負担額	入院開始年月日 本月の入院日数
1	国社			入 外	点	点	円	円	. . 日
2	国社			入 外					. . 日
3	国社			入 外					. . 日
4	国社			入 外					. . 日
5	国社			入 外					. . 日
6	国社			入 外					. . 日
7	国社			入 外					. . 日
8	国社			入 外					. . 日
9	国社			入 外					. . 日
10	国社			入 外					. . 日
11	国社			入 外					. . 日
12	国社			入 外					. . 日
13	国社			入 外					. . 日
14	国社			入 外					. . 日
15	国社			入 外					. . 日
16	国社			入 外					. . 日
17	国社			入 外					. . 日
18	国社			入 外					. . 日
19	国社			入 外					. . 日
20	国社			入 外					. . 日
								合計	

注) 診療月・診療科目ごとに集計すること。

( 枚のうち 枚目)