

## 福祉医療費請求書の記載について

### 1. 健保本人の場合（43・46）

- (1) 入院・入院外とも日数、点数、食事負担金額（入院）、薬剤一部負担金額を記載し、給付割合欄⑦・⑧の⑧を○で囲み、備考欄に「社保本人」と記載してください。

### 2. 健保家族の場合（43・45・46・48）

- (1) 入院は日数、点数、食事負担金額を記載し、給付割合欄⑦・⑧の⑧を○で囲んでください。
- (2) 入院外は日数、点数、薬剤一部負担金額を記載し、給付割合欄⑦・⑧の⑦を○で囲んでください。

### 3. 3歳未満の場合（43・45・46・48）

- (1) 入院・入院外とも日数、点数、食事負担金額（入院）を記載し、給付割合欄⑦・⑧の⑧を○で囲み、備考欄に「3歳未満」と記載してください。

### 4. 70歳以上75歳未満の高齢者の場合（老人保健を除く）（43・46）

- (1) 入院は日数、金額欄に負担金額、食事負担金額を記載し、給付割合欄に⑨を記入または、⑧を○で囲んでください。
- (2) 入院外は日数、点数欄に点数を記載し、給付割合欄に⑨と記入または、⑧を○で囲んでください。また、「在総診」及び「在医総」は金額欄に一部負担金額を記載し、備考欄に「在総診」または「在医総」と記載してください。

### 5. 老人保健の場合（43・47）

- (1) 入院は日数、金額欄に負担金額、食事負担金額を記載し、給付割合欄⑧・⑨の該当する一方を○で囲んでください。（旧用紙は斜線の上に記載）
- (2) 入院外は日数、点数欄に点数を記載し（旧用紙は斜線の上に記載）、給付割合欄⑧・⑨の該当する一方を○で囲んでください。（旧用紙は斜線の上に記載）また、「在総診」及び「在医総」は金額欄に一部負担金額を記載し、備考欄に「在総診」または「在医総」と記載してください。

### 6. 特定疾病<sup>Ⓛ</sup>の場合は、今までどおり金額欄に10,000円と記入し備考欄に

<sup>Ⓛ</sup>と記載してください。

# 福祉医療費請求書の記載方法

## 1. 健保本人の場合 入院

## 入院外

福祉医療費請求書

平成 年 月 日

医療機関の所在地及び名称  
診療科目

平成 年 月分の福祉医療費を下記ののとおり請求します。

公費負担	4	3	0	0	給付医療費	0	0	0	0
医療費	0	0	0	0	給付医療費	0	0	0	0

医療費番号: フリガナ

性別: 男・女

区分	入院	入院日数	点	額	金額	備考
入院	1	30	5,000.00	円		社保本人
入院	2	30	2,340.00	円		社保本人と記載してください。
入院外	2			円		
入院				円		

※(注)医療機関は「実日数」も記入してください。

福祉医療費請求書

平成 年 月 日

医療機関の所在地及び名称  
診療科目

平成 年 月分の福祉医療費を下記ののとおり請求します。

公費負担	4	3	0	0	給付医療費	0	0	0	0
医療費	0	0	0	0	給付医療費	0	0	0	0

医療費番号: フリガナ

性別: 男・女

区分	入院	入院日数	点	額	金額	備考
入院	1			円		社保本人と記載してください。
入院外	2	10	3,000.00	円		社保本人
入院				円		
入院				2,000.00	円	

※(注)医療機関は「実日数」も記入してください。

## 2. 健保家族の場合 入院

## 入院外

福祉医療費請求書

平成 年 月 日

医療機関の所在地及び名称  
診療科目

平成 年 月分の福祉医療費を下記ののとおり請求します。

公費負担	4	3	0	0	給付医療費	0	0	0	0
医療費	0	0	0	0	給付医療費	0	0	0	0

医療費番号: フリガナ

性別: 男・女

区分	入院	入院日数	点	額	金額	備考
入院	1	30	5,000.00	円		
入院	2	30	2,340.00	円		
入院外	2			円		
入院				円		

※(注)医療機関は「実日数」も記入してください。

福祉医療費請求書

平成 年 月 日

医療機関の所在地及び名称  
診療科目

平成 年 月分の福祉医療費を下記ののとおり請求します。

公費負担	4	3	0	0	給付医療費	0	0	0	0
医療費	0	0	0	0	給付医療費	0	0	0	0

医療費番号: フリガナ

性別: 男・女

区分	入院	入院日数	点	額	金額	備考
入院	1			円		
入院外	2	10	3,000.00	円		
入院				円		
入院				2,000.00	円	

※(注)医療機関は「実日数」も記入してください。

### 3. 3歳未満の場合 入院

入院外

様式第1号 医療機関コード

福祉医療費請求書

氏名: \_\_\_\_\_ 平成 年 月 日

医療機関の所在地及び名称: \_\_\_\_\_ 施設番号: \_\_\_\_\_

平成 年 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

公費負担番号	4	5	6	7	8	9	10	11	12	給付倍率等	1	2	3	4	5
交付番号															
交付種別															
交付種別	フリガナ _____														
支払者	_____										男	女			

給付割合8を○で囲む。

区分	入院外	入院	支払額	支払額 先払：福祉医療費	支払額	備考
入院		1	30	5,000.00	0	三歳未満
入院外			30	1,170.00	0	
入院外	2					

三歳未満と記載してください。

※(給)医療機関は「表日数」も記入してください。

【支払者の負担上の留意】

1. 表の「給付倍率」欄の数字は、入院外の場合は、入院外医療費負担率(入院外医療費負担率)を算出した数字であり、この数字が支払額を算出する際の基礎となる数字として入力してください。
2. この数字が「1」の場合は、支払額を算出しないでください。
3. 医療機関コードの「表日数」も記入してください。
4. 二桁の数字は、支払額を算出する際の基礎となる数字として入力してください。

※給付率「フリガナ」欄の数字は、支払額を算出する際の基礎となる数字として入力してください。

様式第1号 医療機関コード

福祉医療費請求書

氏名: \_\_\_\_\_ 平成 年 月 日

医療機関の所在地及び名称: \_\_\_\_\_ 施設番号: \_\_\_\_\_

平成 年 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

公費負担番号	4	5	6	7	8	9	10	11	12	給付倍率等	1	2	3	4	5
交付番号															
交付種別															
交付種別	フリガナ _____														
支払者	_____										男	女			

給付割合8を○で囲む。

区分	入院外	入院	支払額	支払額 先払：福祉医療費	支払額	備考
入院		1				三歳未満と記載してください。
入院外			10	3,000.00	0	三歳未満
入院外	2					

※(給)医療機関は「表日数」も記入してください。

【支払者の負担上の留意】

1. 表の「給付倍率」欄の数字は、入院外の場合は、入院外医療費負担率(入院外医療費負担率)を算出した数字であり、この数字が支払額を算出する際の基礎となる数字として入力してください。
2. この数字が「1」の場合は、支払額を算出しないでください。
3. 医療機関コードの「表日数」も記入してください。
4. 二桁の数字は、支払額を算出する際の基礎となる数字として入力してください。

※給付率「フリガナ」欄の数字は、支払額を算出する際の基礎となる数字として入力してください。

### 4. 70歳以上75歳未満の高齢者の場合 入院

入院外

様式第1-3号 医療機関コード

福祉医療費請求書

氏名: \_\_\_\_\_ 平成 年 月 日

医療機関の所在地及び名称: \_\_\_\_\_ 施設番号: \_\_\_\_\_

平成 年 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

公費負担番号	4	5	6	7	8	9	10	11	12	給付倍率等	1	2	3	4	5
交付番号															
交付種別															
交付種別	フリガナ _____														
支払者	_____										男	女			

給付割合9と記入または8を○で囲む。

区分	入院外	入院	支払額	支払額 先払：福祉医療費	支払額	備考
入院		1	30		4,020.00	
入院外			30	1,170.00	0	
入院外	2					

※(給)医療機関は「表日数」も記入してください。

【支払者の負担上の留意】

1. 表の「給付倍率」欄の数字は、入院外の場合は、入院外医療費負担率(入院外医療費負担率)を算出した数字であり、この数字が支払額を算出する際の基礎となる数字として入力してください。
2. この数字が「1」の場合は、支払額を算出しないでください。
3. 医療機関コードの「表日数」も記入してください。
4. 二桁の数字は、支払額を算出する際の基礎となる数字として入力してください。

※給付率「フリガナ」欄の数字は、支払額を算出する際の基礎となる数字として入力してください。

様式第1-3号 医療機関コード

福祉医療費請求書

氏名: \_\_\_\_\_ 平成 年 月 日

医療機関の所在地及び名称: \_\_\_\_\_ 施設番号: \_\_\_\_\_

平成 年 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

公費負担番号	4	5	6	7	8	9	10	11	12	給付倍率等	1	2	3	4	5
交付番号															
交付種別															
交付種別	フリガナ _____														
支払者	_____										男	女			

給付割合9と記入または8を○で囲む。

区分	入院外	入院	支払額	支払額 先払：福祉医療費	支払額	備考
入院		1				
入院外			10	3,000.00	0	
入院外	2					

※(給)医療機関は「表日数」も記入してください。

【支払者の負担上の留意】

1. 表の「給付倍率」欄の数字は、入院外の場合は、入院外医療費負担率(入院外医療費負担率)を算出した数字であり、この数字が支払額を算出する際の基礎となる数字として入力してください。
2. この数字が「1」の場合は、支払額を算出しないでください。
3. 医療機関コードの「表日数」も記入してください。
4. 二桁の数字は、支払額を算出する際の基礎となる数字として入力してください。

※給付率「フリガナ」欄の数字は、支払額を算出する際の基礎となる数字として入力してください。

5. 老人保健の場合 入院  
(新用紙)

入院外

様式第1-4号 医療費請求コード

**高齢障害福祉医療費請求書** (高齢)

氏名 平 年 月 日  
 医療機関の所在地及び名称  
 施設番号

平成 年 月 日分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

公費 請求番号	4	7	3	9	給付 割合	医療費 番号
医療費 番号						
支払 番号						
支払 名称	フリガナ					

給付割合9または8を  
○で囲む。

区分	入院	入院外	支払	金額	単位	備考
入院	1		3.0	40,200.0	円	
入院外		2	3.0	11,700.0	円	
入院外	2		1.0	30,000.0	円	
入院外						
入院外						

【請求書の提出上の注意】  
 1. 市内の医療機関で療養中の高齢者、入院中の障害者及び障害が一時的に軽微な状態にある高齢者及び障害者の福祉医療費を請求する場合は、この請求書に特殊療養費と医療費を記入して提出して下さい。  
 2. この請求書は、請求書の提出先である市に提出して下さい。  
 【請求書の提出先】  
 1. 請求書は、請求書の提出先である市に提出して下さい。  
 2. この請求書は、請求書の提出先である市に提出して下さい。  
 3. この請求書は、請求書の提出先である市に提出して下さい。  
 4. この請求書は、請求書の提出先である市に提出して下さい。

様式第1-4号 医療費請求コード

**高齢障害福祉医療費請求書** (高齢)

氏名 平 年 月 日  
 医療機関の所在地及び名称  
 施設番号

平成 年 月 日分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

公費 請求番号	4	7	3	9	給付 割合	医療費 番号
医療費 番号						
支払 番号						
支払 名称	フリガナ					

給付割合9または8を  
○で囲む。

区分	入院	入院外	支払	金額	単位	備考
入院	1				円	
入院外		2	1.0	30,000.0	円	
入院外	2				円	
入院外						
入院外						

【請求書の提出上の注意】  
 1. 市内の医療機関で療養中の高齢者、入院中の障害者及び障害が一時的に軽微な状態にある高齢者及び障害者の福祉医療費を請求する場合は、この請求書に特殊療養費と医療費を記入して提出して下さい。  
 2. この請求書は、請求書の提出先である市に提出して下さい。  
 【請求書の提出先】  
 1. 請求書は、請求書の提出先である市に提出して下さい。  
 2. この請求書は、請求書の提出先である市に提出して下さい。  
 3. この請求書は、請求書の提出先である市に提出して下さい。  
 4. この請求書は、請求書の提出先である市に提出して下さい。

6. 老人保健の場合 入院  
(旧用紙)

入院外

様式第1-4号 医療費請求コード

**高齢障害福祉医療費請求書** (高齢)

氏名 平 年 月 日  
 医療機関の所在地及び名称  
 施設番号

平成 年 月 日分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

公費 請求番号	4	7	3	9	給付 割合	医療費 番号
医療費 番号						
支払 番号						
支払 名称	フリガナ					

給付割合9または8  
と記入し○で囲む。

区分	入院	入院外	支払	金額	単位	備考
入院	1		3.0	40,200.0	円	
入院外		2	3.0	11,700.0	円	
入院外	2		1.0	30,000.0	円	
入院外						
入院外						

※(注)医療費は「支払」も記入してください。  
 【請求書の提出上の注意】  
 1. 市内の医療機関で療養中の高齢者、入院中の障害者及び障害が一時的に軽微な状態にある高齢者及び障害者の福祉医療費を請求する場合は、この請求書に特殊療養費と医療費を記入して提出して下さい。  
 2. この請求書は、請求書の提出先である市に提出して下さい。  
 【請求書の提出先】  
 1. 請求書は、請求書の提出先である市に提出して下さい。  
 2. この請求書は、請求書の提出先である市に提出して下さい。  
 3. この請求書は、請求書の提出先である市に提出して下さい。  
 4. この請求書は、請求書の提出先である市に提出して下さい。

様式第1-4号 医療費請求コード

**高齢障害福祉医療費請求書** (高齢)

氏名 平 年 月 日  
 医療機関の所在地及び名称  
 施設番号

平成 年 月 日分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

公費 請求番号	4	7	3	9	給付 割合	医療費 番号
医療費 番号						
支払 番号						
支払 名称	フリガナ					

給付割合9または8  
と記入し○で囲む。

区分	入院	入院外	支払	金額	単位	備考
入院	1				円	
入院外		2	1.0	30,000.0	円	
入院外	2				円	
入院外						
入院外						

※(注)医療費は「支払」も記入してください。  
 【請求書の提出上の注意】  
 1. 市内の医療機関で療養中の高齢者、入院中の障害者及び障害が一時的に軽微な状態にある高齢者及び障害者の福祉医療費を請求する場合は、この請求書に特殊療養費と医療費を記入して提出して下さい。  
 2. この請求書は、請求書の提出先である市に提出して下さい。  
 【請求書の提出先】  
 1. 請求書は、請求書の提出先である市に提出して下さい。  
 2. この請求書は、請求書の提出先である市に提出して下さい。  
 3. この請求書は、請求書の提出先である市に提出して下さい。  
 4. この請求書は、請求書の提出先である市に提出して下さい。

7. 70歳以上高齢及び老人保健で在総診または在医総の場合

入院外

入院外

福祉医療費請求書

氏名: \_\_\_\_\_ 平成 年 月 日

医療機関の所在地及び住所: \_\_\_\_\_

請求書番号: \_\_\_\_\_

請求 年 月 分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

公費負担率	4	7	3	9	交付割合	50%	50%
交付割合	70%		30%		交付割合	50%	50%
交付割合	70%		30%		交付割合	50%	50%

交付割合9と記入または8を○で囲む。

区分	入院	入院外	日数	単位数	金額	備考
入院	1					在総診または在医総と記載してください。
入院外		2	10		1,200.00	在総診

（注）医療機関は「高年齢」も記入してください。

1. 請求書の請求上の区分  
 2. 請求書の請求上の区分は、入院外と入院外を区別して記入してください。また、請求書の請求上の区分は、請求書の請求上の区分と一致するものとして記入してください。  
 3. この請求書は、請求書の請求上の区分は、請求書の請求上の区分と一致するものとして記入してください。  
 4. この請求書は、請求書の請求上の区分は、請求書の請求上の区分と一致するものとして記入してください。

高齢障害福祉医療費請求書

氏名: \_\_\_\_\_ 平成 年 月 日

医療機関の所在地及び住所: \_\_\_\_\_

請求書番号: \_\_\_\_\_

請求 年 月 分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

公費負担率	4	7	3	9	交付割合	50%	50%
交付割合	70%		30%		交付割合	50%	50%
交付割合	70%		30%		交付割合	50%	50%

交付割合9または8を○で囲む。

区分	入院	入院外	日数	単位数	金額	備考
入院	1					在総診または在医総と記載してください。
入院外		2	10		4,020.00	在総診

1. 請求書の請求上の区分  
 2. 請求書の請求上の区分は、入院外と入院外を区別して記入してください。また、請求書の請求上の区分は、請求書の請求上の区分と一致するものとして記入してください。  
 3. この請求書は、請求書の請求上の区分は、請求書の請求上の区分と一致するものとして記入してください。  
 4. この請求書は、請求書の請求上の区分は、請求書の請求上の区分と一致するものとして記入してください。

保険者(別記)欄

下記のとおり請求します。

保険者  
所在地  
電話番号  
診療機関  
及び  
番号  
氏名



平成 年 月 日

医療機関 コード					制度区分	保険者 番号	本・家の別	入 外 件 数	点 数	公費分点數① と同②の欄の 点數 (各法の合計)	薬 劑 一部負担金	一部負担金	食 事 費 差			備考
1	2	3	4	5									件数	金額	標準負担額	
1	2	3	4	5									1	2	3	
					1											
					2											
					3											
					4											
					5											
					6											
					7											
					8											
					9											
					10											
					11											
					12											
					13											
					14											
					15											
					16											
					17											
					18											
					19											
					20											
					21											
					22											
					23											
					24											
					25											
					26											
					27											
					28											
					29											
					30											
					31											
					32											
					33											
					34											
					35											
					36											
					37											
					38											
					39											
					40											
					41											
					42											
					43											
					44											
					45											
					46											
					47											
					48											
					49											
					50											
					51											
					52											
					53											
					54											
					55											
					56											
					57											
					58											
					59											
					60											
					61											
					62											
					63											
					64											
					65											
					66											
					67											
					68											
					69											
					70											
					71											
					72											
					73											
					74											
					75											
					76											
					77											
					78											
					79											
					80											
					81											
					82											
					83											
					84											
					85											
					86											
					87											
					88											
					89											
					90											
					91											
					92											
					93											
					94											
					95											
					96											
					97											
					98											
					99											
					100											

1. 「本・家の別」の欄は、「国保」のうち国保組合の本人分に○印を記入してください。

2. 合計は、請求書が2枚以上であるときは、最後の1枚へ記入してください。

3. 母子(43)・乳児(45)・障害(46)・高齢障害(47)・幼児(48)・妊婦(70)・乳児(71)・インフル(80)・三種(81)・二種(82)・麻疹(83)・風疹(84)・(85)・日誌(86)・BCG(87)は国保の診療報酬明細書を集計する診療報酬請求書とは別に請求書を添付し、それぞれまとめて件数・点数・金額の合計を「社保・福祉等」欄に記入してください(合計は必要ありません)。



# 福祉医療費請求書



高知市長様

平成 年 月 日

医療機関の所在地及び名称

開設者名



平成 年 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

公負担 費者番 号	4	5	3	9	0	0	1	0	給付 割合	保 險 者 番 号					
受給者 番 号								X	7 ・ 8	被 保 險 者 番 号					
受 給 者 氏 名	フリガナ										男 ・ 女				

区 分	入 外	実 日 数	点 数		金 額	備 考
			食費：福祉医療請求額			
入 院	1			点		
食 事				円		
入 院 外	2			点		

※（注）医療機関は「実日数」も記入してください。

【 受給者の取扱いの注意 】

1. 県内の保険医療機関で保険の自己負担金、入院時食事療養費の福祉医療請求額を支払わないで診療を受ける場合は、この請求書に被保険者証と受給者証を必ずそえて窓口へ提出して下さい。
2. この用紙がなくなった場合は高知市長に請求してください。

【 医療機関へのお願い 】

1. 医療機関コードはゴム印を押してください。
2. この請求書は、社保の自己負担分及び入院時食事療養費の福祉医療請求額を請求するため、国保連合会に提出してください。

※氏名のフリガナは市町村が過誤依頼をする場合に記入するものです。

福

福祉医療費請求書

母

高知市長様

平成 年 月 日

医療機関の所在地及び名称

開設者名

㊟

平成 年 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

公負担 費者番 号	4	3	3	9	0	0	1	2	給付 割合	保 險 者 番 号						
受給者 番号								X	7 ・ 8	被 保 証 者 番 号						
受給者 氏名	フリガナ										男 ・ 女					

区分	入 外	実日数	点 数		金 額	備 考
			食費：福祉医療請求額			
入院	1			点		
食事				円		
入院外	2			点		
薬剤				円		

※（注）医療機関は「実日数」も記入してください。

【 受給者の取扱上の注意 】

1. 県内の保険医療機関で保険の自己負担金、入院時食事療養費及び薬剤一部負担額の福祉医療請求額を支払わないで診療を受ける場合は、この請求書に被保険者証と受給者証を必ずそえて窓口へ提出して下さい。
2. この用紙がなくなった場合は高知市長に請求してください。

【 医療機関へのお願い 】

1. 医療機関コードはゴム印を押してください。
2. この請求書は、社保の自己負担分、入院時食事療養費及び薬剤一部負担額の福祉医療請求額を請求するため、国保連合会に提出してください。  
なお、母子家庭医療費の入院時食事療養費（標準負担額）は全額公費負担となっています。

※氏名のフリガナは市町村が過誤依頼をする場合に記入するものです。



福

# 高齢障害福祉医療費請求書

高障

高知市長 様

年 月 日

医療機関等の所在地及び名称

開設者名

印

年 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

公費負担番号	4	7	3	9	0	0	1	8	給付割合	保険者番号					
受給者番号								X	8・9	被保険者証記号番号					
受給者氏名	フリガナ										男・女				

区分	入外	実日数	点数				金額				備考
入院	1		/							円	
入院外	2					点	/				
在総診等	2		/							円	

※ (注) 医療機関は「実日数」も記入してください。

**【受給者の取扱上の注意】**

- 県内の保険医療機関で保険の自己負担金を支払わないで診療を受ける場合は、この請求書に被保険者証と受給者証を必ず添えて窓口へ提出して下さい。
- この用紙がなくなった場合は、高知市長に請求して下さい。

**【医療機関へお願い】**

- 医療機関コードはゴム印を押して下さい。
- この請求書は、社保の自己負担分を請求するため、国保連合会に提出して下さい。
- 「給付割合」欄は、該当する割合のどちらか一方を丸で囲んで下さい。
- 在宅総合診療費等については「在総診等」の金額欄に一部負担金の額、備考欄に「在総診」または「在医総診」を記載して下さい。

※氏名のフリガナは、市町村が過誤依頼をする場合に記入するものです。

福

# 福祉医療費請求書

障

高知市長 様

年 月 日

医療機関等の所在地及び名称

開設者名

印

年 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

公費負担者番号	4	6	3	9	0	0	1	9	給付割合	保険者番号								
受給者番号								X	7 ・ 8	被保険者証記号番号								
受給者氏名	フリガナ													男・女				

区分	入外	実日数			点数			金額			備考
入院	1										
入院外	2										

※ (注) 医療機関は「実日数」も記入してください。

**【受給者の取扱上の注意】**

- 1 県内の保険医療機関で保険の自己負担金を支払わないで診療を受ける場合は、この請求書に被保険者証と受給者証を必ず添えて窓口へ提出して下さい。
- 2 この用紙がなくなった場合は、高知市長に請求して下さい。

**【医療機関へのお願ひ】**

- 1 医療機関コードはゴム印を押して下さい。
- 2 この請求書は、社保の自己負担分を請求するため、国保連合会に提出して下さい。

※氏名のフリガナは、市町村が過誤依頼をする場合に記入するものです。

## 診療報酬請求書(県外用)の記載要領について(新様式)

### 1 国保一般分

- 70歳以上9割
- 70歳以上8割
- 一般被保険者(国保組合分は本人・家族別、月遅れ分含む)
- 3歳未満

上記のとおり分類し保険者別に編綴し集計してください。

### 2 退職者医療分

- 本人(月遅れ分含む)
- 70歳以上高齢者分9割
- 70歳以上高齢者分8割
- 被扶養者(月遅れ分含む)
- 退職3歳未満

上記のとおり分類し保険者別に編綴し集計してください。

### 3 老人保健分

- 老人9割
- 老人8割

上記のとおり分類し保険者別に編綴し集計してください。

※ 平成14年9月診療分以前分は、「老人9割」に集計してください。

### 4 公費分

- 「公費負担医療」欄に再掲してください。

※ なお、高知県単独事業による公費(43・45・46・47・48・55)については、集計不要です。

### 5 平成14年9月診療分以前分

- それぞれ該当区分ごとに編綴し、集計してください。  
(老人保健分は9割へ集計してください。)

### 6 ①は、老人保健原爆医療分の件数のみ記入してください。

### 7 旧の請求書は使用できません。

平成 年 月 日

（外用） 診療報酬請求書（医科・歯科）

保険者

（別記） 殿

下記のとおり請求する。

保険者番号	票番号	医療機関コード	給付割
	3 9		10 9 8 7

病院医療機関の所在地及び名称  
開設者氏名

平成 年 月 日

国民健康保険

給付割は一般被保険者の場合に限り給付割合に○をしてください。

請求書種別	請求書番号	請求書種別	請求書内容	療養の給付				公平請求						
				件数	診療項目数	点数	薬剤一部負担金	一部負担金	件数	日数	金額	標準負担額		
1	1	請求	1 入院											
		請求	2 入院外											
1	1	請求	1 入院											
		請求	2 入院外											
2	1	請求	1 入院											
		請求	2 入院外											
3	1	請求	1 入院											
		請求	2 入院外											
4	1	請求	1 入院											
		請求	2 入院外											
5	1	請求	1 入院											
		請求	2 入院外											
6	1	請求	1 入院											
		請求	2 入院外											
7	1	請求	1 入院											
		請求	2 入院外											

一般（高齢受給者証）の70歳以上75歳未満9割を記入してください。

一般（高齢受給者証）の70歳以上75歳未満8割を記入してください。

一般被保険者を記入してください。月遅れ分も含めて記入してください。

一般被保険者の3歳未満（乳幼児）を記入してください。

退職者医療の本人を記入してください。月遅れ分も含めて記入してください。

退職者医療（高齢受給者証）の70歳以上75歳未満9割を記入してください。

退職者医療（高齢受給者証）の70歳以上75歳未満8割を記入してください。

退職者医療の被扶養者を記入してください。月遅れ分も含めて記入してください。

退職者医療の3歳未満（乳幼児）を記入してください。

注意 ※印の欄は記入しないこと。「一部負担金」の項は、薬剤一部負担金を除いた金額を記載すること。

備考 この用紙は、日本工業規格A列4号とすること。



国民健康保険（別記）

平成 年 月 分

（場外用） 診療報酬請求書（医科・歯科）

保険者

（別記） 殿  
下記のとおり請求する。

保険者番号	県番号	医療機関コード	給付別
	39		9 8

保険医療機関の  
所在地及び名称  
開設者氏名



平成 年 月 日

老人保健

老人の場合は給付別は記入不要

請求	1 入院 2 入院外	件数	診療 実日数	点数	一部負担金		件数	日数	金額	標準負担額
					円	円				
老人九割	1 入院					円				円
	2 入院外									円
老人八割	1 入院									
	2 入院外									

老人保健（医療受給者証）（9割）を記入してください。  
月遅れ分はこの欄に含めて記入してください。

老人保健（医療受給者証）（8割）を記入してください。

公費負担医療

請求	1 入院 2 入院外	件数	診療 実日数	点数	療養の給付		食事療養				
					一部負担金	一部負担金	件数	日数	金額	標準負担額 （公費分）	
公費の法別番号を記入してください	1 入院					円					円
	2 入院外										
公費分を再掲してください。（ただし、高知県単独事業による公費（43・45・46・47・48・55）は記入しないでください。）	1 入院										
	2 入院外										

公費分を再掲してください。（ただし、高知県単独事業による公費（43・45・46・47・48・55）は記入しないでください。）

公費分を再掲してください。（ただし、高知県単独事業による公費（43・45・46・47・48・55）は記入しないでください。）

原

入院	件（金額は記入不要）円	入院外	件（金額は記入不要）円
----	-------------	-----	-------------

備考

原は老人保健原爆医療分の件数を記入してください。

※ 高額療養費	一般被保険者	件数		退職者	件数	
		金額	円		金額	円

注意 ※印の欄は記入しないこと。「一部負担金」の項は、薬剤一部負担金を除いた金額を記載すること。

備考 この用紙は、日本工業規格A判4号とすること。

## 診療報酬請求書(県内用)の記載要領について

平成 14 年 10 月 7 日

◎従来の請求書で、次の要領で記載願います。

- 1 制度区分「1」市町村国保の場合(国保一般分で公費併用分を含む)  
70歳以上高齢者分(9割・8割)・一般被保険者分(本人・家族)・3歳未満分をまとめて(混在してもかまいません)、入院・外来別、保険者別に編綴して集計してください。  
※ 月遅れ分も含めて集計してください。
- 2 制度区分「1」国保組合分の場合(国保一般分で公費併用分を含む)  
本人(本・家の別欄に○をする)と家族(70歳以上高齢者・3歳未満を含む)別に編綴して集計してください。  
※ 月遅れ分も含めて集計してください。
- 3 制度区分「2」(公費併用分)  
集計する必要はありません。
- 4 制度区分「3」(老人保健分で公費併用分を含む)  
9割分と8割分をまとめて(混在してもかまいません)、入院・外来別、保険者別に編綴して集計してください。  
※ 月遅れ分も含めて集計してください。
- 5 制度区分「4」(退職分で公費併用分を含む)  
本人分・70歳以上高齢者分(9割・8割)・被扶養者分・3歳未満分をまとめて(混在してもかまいません)、入院・外来別、保険者別に編綴して集計してください(本人・被扶養者別に分ける必要はありません)。  
※ 月遅れ分も含めて集計してください。
- 6 制度区分「5」  
母子(43)・乳児(45)+障害(46)・高齢障害(47)・幼児(48)・妊婦(70)+乳児(71)・インフルエンザ(80)・三種(81)+二種(82)・麻疹(83)・風疹(84)+ (85)・日脳(86)・BCG(87)は、国保の診療報酬明細書とは別に請求書を添付し、それぞれをまとめて編綴して件数・点数・金額等の合計を記入してください(総合計は必要ありません)。

# 診療報酬明細書の取り繕い

本人家族欄の上部余白に番号及び略称を記入し、番号を○で囲んでください。

国保単独・三歳未満入院の場合

1 医科	①	社・国 公費	3 4	老人 退職	①	単 独 併 併	2 3 3	③	1 5	本 家 入 入
	2				3			三		

国保単独・三歳未満入院外の場合

1 医科	①	社・国 公費	3 4	老人 退職	①	単 独 併 併	2 3 3	④	2 6	本 外 家 入 入
	2				3			三		

国保単独・高齢受給者 8割給付入院の場合

1 医科	①	社・国 公費	3 4	老人 退職	①	単 独 併 併	2 3 3	⑨	1 5	本 家 入 入
	2				3			高8		

老人保健 9割給付入院の場合

1 医科	1	社・国 公費	3 4	老人 退職	①	単 独 併 併	2 3 3	⑦	1 5	本 家 入 入
	2				3			高9		

老人保健 8割給付入院の場合

1 医科	1	社・国 公費	3 4	老人 退職	①	単 独 併 併	2 3 3	⑨	1 5	本 家 入 入
	2				3			高8		

老人保健 8割給付入院外の場合

1 医科	1	社・国 公費	3 4	老人 退職	①	単 独 併 併	2 3 3	⑩	2 6	本 外 家 入 入
	2				3			高8		

老人保健 9割給付、原爆医療 ⑨ と併用入院外の場合

1 医科	1	社・国 公費	3 4	老人 退職	1	単 独 併 併	2 3 3	⑧	2 6	本 外 家 入 入
	2				3			高9		

退職単独・三歳未満入院の場合

1 医科	1	社・国 公費	3 4	老人 退職	①	単 独 併 併	2 3 3	③	1 5	本 家 入 入
	2				3			三		

退職単独・三歳未満入院外の場合

1 医科	1	社・国 公費	3 4	老人 退職	①	単 独 併 併	2 3 3	④	2 6	本 外 家 入 入
	2				3			三		

退職単独・高齢受給者 9割給付入院の場合

1 医科	1	社・国 公費	3 4	老人 退職	①	単 独 併 併	2 3 3	⑦	1 5	本 家 入 入
	2				3			高9		