

保険医療機関等の皆様へ

(乳)(障)(母)の診療報酬明細書への表示について(お願い)

「乳幼児、重度心身障害者及び母子家庭等医療費支給制度」を受給している患者に係る診療(調剤)報酬明細書につきましては、保険者における高額療養費支給等の事務処理を円滑に行うため、

(乳)(障)(母)の表示についてご協力をお願いいたします。

なお、支払基金は「乳幼児、重度心身障害者及び母子家庭等医療費支給制度」を取り扱っていないため、医療保険単独扱いとなり公費負担者番号①及び受給者番号①欄には記載を要しないこととなりますのでご留意願います。

診療報酬明細書(医科入院外) 1枚 平成 年 月分 番号 40 ペコ				1医科 1社会 1単独 6支外
市町村	老人空	保険		
公費①	公費①	記号・番号		
公費②	公費②			
氏名	特記事項	単独明細査扱いとなります。		
職業上の事由	公費①及び公費②欄には記載しません。			
宿泊名	(1) (2) (3) (4) (5)	診療科 ()	()	()
就寝時間	(1) (2) (3) (4) (5)	医 療 日	保 の 日	日 口
11 初回	× 回			
12 再外来	× 回			
40 診 査 室 間	回			
50 手 術 室	回			
60 抗 疾 薬	回			
70 薬 物 用	回			
80 保 健 施 設 其 他 薬	回			
請求 金 額 の 付 け	請求点数	※決定点数	薬剤一部負担額 円	一部負担金額 円
①				
②				米高額 円 ※公 点 ※公 点
(乳)(障)(母)				

* 国保へ提出すべき (乳)(障)(母) に係る請求分を、基金へ提出されるケースが散見されますのでご注意願います。