（記入方法）

請求支払様式１

平成　　年　　月分　子ども医療費助成金請求書

①請求月の前の年月を記入

市町村長 殿

公費負担番号

④受給資格者証に記載してある番号を記入

下記のとおり請求します。

平成　　年　　月　　日

②市町村名、請求年月日を記入

該当するものを〇で囲む

⑮に記入する場合は記入不可

医療機関等コード　③　（７桁番号）

7桁番号を記入

保険医療機関等の所在地及び名称・開設者氏名

通常の場合

公費負担医療を優先適用した場合

①と同じ場合は、記入しなくてもよい。(記入しても可)

印

高額療養費の限度額適用区分（ア、イ、ウ、エ、オ ）を記入。
所得区分不明で「一般」扱いの場合は（カ)を記入する。
(高額療養費の給付対象とならない場合は何も記入しない。)
新制度適用前のものについては、旧区分（A～D）を記入。

子ども医療費助成金を手書きで請求される場合は当様式を使用してください。なお、当様式が無くなった場合は、コピーをして使用してください。規格は、Ａ４としします。

No.	⑤受給資格者番号	氏名	生年月日	性別	社保国保	入院・外来・歯科調剤・その他	給付割合	日数	法定点数（基準額）	一部負担額（A）	自己負担額（B）	子ども医療費一部自己負担金 日数	子ども医療費一部自己負担金 一部自己負担額（C）	市町村負担額 (A)+(B)−(C)	診療年月	保険者番号又は保険者名	適用区分	備考
1		⑥	H ⑦	⑧ 1・2 男・女	⑨ 1・2 社・国	⑩ 1・2・3・4・5 入・外・歯・調・他	⑪	⑫	⑬ 点	⑭ 円	⑮ 円	⑯	⑰ 円	⑱ 円	⑲	⑳	㉑	
15			H	1・2 男・女	1・2 社・国	1・2・3・4・5 入・外・歯・調・他												
小 計																		
合 計																		

（注）自立支援医療（育成医療）等の公費負担医療を優先適用した場合に生じる受給者自己負担額を（Ｂ）に記載する。

①請求月の前の年月を記入する。
②市町村名、請求年月日を記入する。
③医療機関コードを記入する。（検証番号を含めて７桁）
④受給資格者証に記載されている市町村の公費負担者番号を記入する。一部自己負担金を現物給付で市町村単独助成する場合は公費負担者番号が異なるので注意する。（桁数は検証番号を含めて８桁）
⑤受給資格者証に記載されている「子ども」の受給資格者番号を記入する。（検証番号を含めて７桁）
⑥漢字、カタカナのどちらでもよい。
⑦「子ども」の生年月日を記入する。
⑧１または２を〇で囲む。１または２を記入する。
⑨１または２を〇で囲む。１または２を記入する。
⑩該当するものを〇で囲む。
⑪２（割）または３（割）を記入する。⑮に記入する場合はこの欄は記載しない。
⑫診療実日数を記入する。
⑬保険診療に係る法定点数を記入する。
⑭医療保険各法の規定により保険給付を受ける者が負担すべき額を記入する。法定点数に給付割合を乗じた額となる。（ただし、高額療養費の自己負担限度額まで。）⑭に記入する場合は、⑮は記入しない。
⑮自立支援医療（育成医療）等の公費負担医療を優先適用した場合に生じる受給者自己負担額を記入する。ただし、未熟児養育医療受給者は記入（請求）しない。⑮に記入する場合は、⑪⑭は記入しない。
⑯子ども医療費一部自己負担金に係る実日数を記入する。入院は上限14日、外来・歯科は上限4回（３歳未満は上限2回）、調剤は記入しない。　＊１
⑰子ども医療費一部自己負担金の金額を記入する。10円未満の端数が生じたときは、四捨五入する（10円単位とする）。入院は上限7,000円、外来・歯科は上限2,000円（３歳未満は上限1,000円）、調剤は記入しない。　＊２
⑱「（Ａ）－（Ｃ）」又は「（Ｂ）－（Ｃ）」を記入する。（Ｃ）が０でなければ、「（Ａ）－（Ｃ）」又は「（Ｂ）－（Ｃ）」が０の場合も０を記入する。10円未満の端数が生じたときは、四捨五入する（10円単位とする）。
⑲診療年月を記入すること。①の請求月の前の年月と同じ場合は記入しなくてもよい。
⑳社会保険または国民健康保険に係る保険者番号または保険者名をできる限り記入する。
㉑高額療養費に係る限度額適用区分は、「252,600+(総医療費-842,000)*1%：ア」「167,400＋(総医療費-558,000) *1%：イ」「80,100＋(総医療費-267,000)*1%：ウ」「57,600：エ」「35,400：オ」を記入する。
所得区分不明で「一般　80,100＋(総医療費-267,000)*1%：ウ」として取り扱った場合は「カ」を記入する。高額療養費の給付対象とならない場合は、何も記入しない。
適用期間前の診療分については、従来のコード（Ａ～Ｄ）を記載する。

＊１・＊２　市町村単独助成により受給資格者証表面に「子ども（乳幼児・小中学生）一部自己負担金：０円」と記載されている場合も、一部自己負担金相当額について記入する。

※　ゴシックは必須記入事項です。⑭または⑮はどちらかが必須記入事項です。

【送付先】
〒870－0037
大分市東春日町17-19　大分ソフィアプラザビル

九州東芝エンジニアリング株式会社　NPRJ担当　宛