

43 福祉及び子育て支援 44 医療費請求書 45		医療機関開設者氏名 記載例										医療機関コード ① 3 歯		表示の確認 公長										
平成 年 月 分下記のとおり請求します。 平成 年 月 日												点 数 表	区 分	印										
No	受給者氏名 生年月日	保険種別	本・家	公費負担者番号			受給者番号			診療年 月	請求点数	※1 公費分患者負担額	※2 自己負担	表示の確認										
1	昭 年 月 日	1協2船3日 4共5組6自		2	6								円											
2	医 保 太 郎 昭 18 年 3 月 21 日	①協2船3日 4共5組6自	8	4	3	2	6	4	0	1	9	1	1	1	1	1	2	9	0	9	1,234	1,234	円	
3	昭 年 月 日			前期高齢者2割(1割指定公費有)										請求点数の1割の金額を記載		円								
4	昭 年 月 日	1協2船3日 4共5組6自		2	6								円											
5	医 保 花 子 昭 23 年 5 月 20 日	①協2船3日 4共5組6自	8	4	3	2	6	4	0	1	9	2	2	2	2	2	2	9	0	9	2,450		円	
6	昭 年 月 日			昭和23年生まれの方は高齢受給者でないため記載は不要です。										円										
7	昭 年 月 日	1協2船3日 4共5組6自		2	6								円											
8	昭 年 月 日	1協2船3日 4共5組6自		2	6								円											
9	医 保 ○ ○ 昭 18 年 3 月 21 日	①協2船3日 4共5組6自	8	4	3	2	6	4	0	1	9	3	3	3	3	3	3	2	9	0	9	691	691	円
10	昭 年 月 日	1協2船3日 4共5組6自		2	6								円											
11	昭 年 月 日	1協2船3日 4共5組6自		2	6								円											
12	○ ○ 花 子 昭 20 年 5 月 20 日	①協2船3日 4共5組6自		高齢受給者の「7高入一」と「8高外一」で昭和14年4月2日～昭和19年4月1日生まれの方は窓口負担1割、指定公費1割です。指定公費分1割を公費分患者負担額に1円 単位まで記載下さい。 なお、入院の上限負担額は57,600円 外来の上限負担額は14,000円です。									円											
13	昭 年 月 日			前期高齢者2割									円											
14	昭 年 月 日	1協2船3日 4共5組6自		2	6								円											
15	● ● 太 郎 昭 18 年 3 月 21 日	①協2船3日 4共5組6自	8	4	3	2	6	4	0	1	9	5	5	5	5	5	5	2	9	0	9	3,450	3,450	円
16	昭 年 月 日	1協2船3日 4共5組6自		2	6								請求点数の1割の金額を記載 ※(注)限度額あり		円									
17	昭 年 月 日	1協2船3日 4共5組6自		2	6								円											
18	昭 年 月 日	1協2船3日 4共5組6自		2	6								円											
19	昭 年 月 日	1協2船3日 4共5組6自		2	6								円											
20	昭 年 月 日	1協2船3日 4共5組6自		2	6								円											
請求合計			件	二割給付 被保険者件数									円											
決定合計			件										円											

※ 記載上の注意は、裏面をご覧ください。

<記載上の注意>

- ① この請求書は、医療保険と併用の(43) 重度心身障害児(者)医療 及び(44) ひとり親家庭医療並びに(45) 子育て支援医療の場合に使用してください。
- ② 生年月日は「本・家」欄「7」「8」の前期高齢者の場合のみ記載してください。
- ③ 「保険種別」欄には、1:協会けんぽ・2:船員保険・3:日雇特例・4:共済組合・5:健康保険組合・6:自衛官等となりますので、保険証を確認の上、該当の番号に○を記載下さい。
- ④ 「本・家」欄には、1:本人入院(1本入)・2:本人外来(2本外)・3:未就学者入院(3六入)・4:未就学者外来(4六外)・5:家族入院(5家入)・6:家族外来(6家外)・7:高齢受給者入院(7高入一)・8:高齢受給者外来(8高外一)・9:高齢受給者7割給付入院(9高入7)・0:高齢受給者7割給付外来(0高外7)となりますので、該当の番号を記載してください。
- ⑤ ※1「公費分患者負担額」欄は、三者併用の場合の一部負担額がある場合のみ記載してください。
- ⑥ ※2「自己負担」欄は、受給者証に記載されている一部負担金を確認の上、(自己負担額がない場合は0円)記載してください。
- ⑦ 高額療養費または特定疾病療養受療に該当するものは、医療保険の診療報酬明細書の特記事項欄に「公」または「長」、「長2」と表示するとともに、本請求書の「(公)(長) 表示の確認」欄にも(公) または(長)、(長2) と表示してください。
- ⑧ 感染症法37条の2(法番10)との併用については「(公)(長) 表示の確認」欄に(10) と記載し、「公費分患者負担額」欄には、公費分点数×5%の額(1円の位を四捨五入し、10円単位で記載する)を記載してください。また、結核にかかる医療(公費分点数)以外の点数については別段に記載してください。
- ⑨ 障害者総合支援法(法番15)(法番16)(法番21)(法番24)(法番79)との併用については、「(公)(長) 表示の確認」欄に(15)(16)(21)(24)(79) と記載してください。
- ⑩ 被用者保険の被保険者(本人)が月の途中で75歳に到達した月(特例月)の自己負担限度額は1/2となります。なお、被用者保険の被保険者(本人)が月の途中で75歳に到達した月に被扶養者が療養を受けた場合についても、同様に自己負担限度額が1/2となります。
また、当該月については、特定疾病(長)や公費負担額についても同様の取扱いとなりますので、それぞれ公費分患者負担額欄に記載してください。
- ⑪ 請求合計欄には、医療機関の合計を記載してください。
- ⑫ (45) 子育て支援医療と併用の京都市学童う歯対策事業(学歯)の対象者は学歯事業が優先されるため記載しないでください。(ただし、学歯と学歯外混在は除く。)