

<input checked="" type="radio"/> 43 福祉及び子育て支援 <input checked="" type="radio"/> 44 医療費請求書 <input checked="" type="radio"/> 45				医療機関開設者氏名 所在地	記載例							医療機関コード		印	点数分	6 訪	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																		
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	請求金額	※1 公費分患者負担額	※2 自己負担	円								
1	昭年月日	1協2船3日 4共5組6自		26						円								
2	社保 太郎 昭18年3月21日	1協2船3日 4共5組6自	8	43264019		2909	58,000			円								
3	昭年	生年月日は「本・家」欄の「8」の高齢受給者のみ記載ください。																
4	昭年月日	1協2船3日 4共5組6自		26						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	43264019		2909	62,900			円								
6	昭年	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。																
7	昭年月日	1協2船3日 4共5組6自		26						円								
8	医保 ○○ 昭年月日	1協2船3日 4共5組6自	8	43264019		2909	36,960	3,696		円								
9	昭年月日	1協2船3日 4共5組6自		26														
10	昭年月日	1協2船3日 4共5組6自		26						円								
11	昭年月日	1協2船3日 4共5組6自		26						円								
12	医保 ○○ 昭年月日	1協2船3日 4共5組6自								円								
13	昭年月日	1協2船3日 4共5組6自		26						円								
14	昭年月日	1協2船3日 4共5組6自		26						円								
15	高齢花子 昭20年3月21日	1協2船3日 4共5組6自	8	43264019		2909	34,560			円								
16	昭年月日	1協2船3日 4共5組6自		26						円								
17	昭年月日	1協2船3日 4共5組6自		26						円								
18	昭年月日	1協2船3日 4共5組6自								円								
19	昭年月日	1協2船3日 4共5組6自		26						円								
20	昭年月日	1協2船3日 4共5組6自		26						円								
請求合計				件	二割給付 被保険者件数			件			円							
決定合計				件				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④**3** 重度心身障害児(者)医療 及び④**4** ひとり親家庭医療並びに④**5** 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 「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。
- ④ ※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。
- ⑤ ※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。
- ⑥ 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。
- ⑦ 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。
- ⑧ 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。
- ⑨ 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。
- ⑩ 請求合計欄には、医療機関の合計を記載してください。
- ⑪ **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。)