

43 44 45 福祉及び子育て支援医療費請求書 (調剤)											記載例		調剤薬局コード																								
平成 年 月分下記のとおり請求します。																																					
平成 年 月 日											調剤開設者氏名 調剤薬局所在地		印		点数表区分		4																				
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							調剤年 月	請求点数	※1 公費分患者負担額	※2 自己負担	公長 表示の 確認	処方箋発行医療機関コード														
1	昭 年 月 日	1 協 2 船 3 日 4 共 5 組 6 自		4 5 2 6 5 0 1 4																	円																
2	昭 年 月 日	未就学者「4」→2割 小・中学生「6」→3割									京都市子ども医療費受給者証(独自・さくら色) 3~15歳の通院医療費 「45265014~45265162」の行政区番号										円																
3	昭 年 月 日	④ 共 5 組 6 自		2 6																	円																
4	○△ 次郎 昭 年 月 日	④ 共 5 組 6 自	6	4 5 2 6 5 0 1 4							1 2 3 4 5 6 7 2 9 0 9								1,001		3,000		2 6 1 9 9 0 1 1 1 1														
5	昭 年 月 日	1 協 2 船 3 日 4 共 5 組 6 自		2 6																	円																
6	昭 年 月 日	1 協 2 船 3 日 4 共 5 組 6 自		2 6																	円																
7	◎◎ 花子 昭 年 月 日	① 協 2 船 3 日 4 共 5 組 6 自	6	4 5 2 6 5 0 1 4							1 2 3 4 5 6 7 2 9 0 9								999		2,997																
8	昭 年 月 日	1 協 2 船 3 日 4 共 5 組 6 自		2 6																	円				2 6 1 9 9 0 1 1 1 1												
9	昭 年 月 日	1 協 2 船 3 日 4 共 5 組 6 自		2 6																	円																
10	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							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、被用者保険と併用の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」欄は「本・家」欄「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。~~
「本・家」欄には、2：本人外来（2本外）・4：未就学者外来（4六外）・6：家族外来（6家外）・8：高齢受給者外来（8高外一）・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、（自己負担額が無い場合は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、医療保険の調剤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。又、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 ㉒ ㉓ 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 処方箋発行医療機関コード欄については、処方箋を発行した保険医療機関の所在する都道府県番号、点数表番号（医科は1、歯科は3）及び医療機関コードを処方箋に基づいて記載してください。
- ⑪ 請求合計欄には、調剤薬局の合計を記載してください。

