

重度心身障害者及びひとり親家庭等医療費請求書の記載方法（歯科）

重度心身障害者医療費請求書の記載例

【省略できない事項】

- 診療年月は一行ごとに記載して下さい。（同上の場合の「#」は不可）
- 受給者番号は7桁全て記載して下さい。（0も必ず記載する）
- 入・外区分は該当する字句を で囲んで下さい。
- 患者氏名を記載して下さい。

【記載例】

- 障初・障課の患者については、給付割合に応じて「7割」・「8割」欄に記載して下さい。（例1～例6）
- 障害老人（後期高齢者医療）については、入院については、一部負担金を「障老」欄に記載して下さい。（例7, 8）
 なお、3割負担の受給者の場合は「2・3割」を で囲んで下さい。
 入院外については、1割相当額（レセプト請求点数×1）又は3割相当額（レセプト請求点数×3）を円の位まで「障老」欄に記載して下さい。（例8・例9）
 なお、3割負担の受給者の場合は「2・3割」を で囲んで下さい。
- 一部負担金欄は、
 低所得者及び3歳未満（受給者証に（初）と表示）について、初診料を算定した場合に「初」を で囲むとともに、初診時一部負担金を徴収した時はその金額（円単位）を記載して下さい。
 それ以外の場合（受給者証に（課）と表示）については、「課」を で囲むとともに、1割相当額を徴収した時はその金額（円単位）を記載して下さい。
 なお、 と各市町村と郡市歯科医師会で初診時一部負担金及び1割相当額を徴収しない協定をしている時は、一部負担金（初診時一部負担金・1割相当額）を で囲んで記載して下さい。

重度心身障害者医療費請求書（医療機関用）

平成 年 月分下記のとおりに請求する
 平成 年 月 日

医療機関コード **01.3100.7**

市町村長様

医療機関等の所在地及び名称 札幌市中央区南2条西14丁目
 開設者氏名 国保歯科医院
 開設者氏名 国保 太郎
 Tel. 011-231-5161

区分	保険給付	件数	診療報酬請求総点数(レセプトの総点数)及び限度額等		一部負担金	請求事務手数料	区分	件数	診療報酬請求総点数(レセプトの総点数)及び限度額等		一部負担金	
			総点数	限度額					総点数	限度額		
請求	7割	4	36,759		31,864		決定					
	8割	2	4,710		510							
	限度額(入院のみ)											
求	前期高齢者											
	障老	4	159,176		68,389							

(内 訳 書)

診療年月	受給者番号	入院外来	患者氏名	診療報酬請求総点数(レセプトの総点数)及び限度額			請求金額(2,3割負担・在・長・結・精・更・高・額・疾・病・結・核・精・神・更・生・育・成)	一部負担金	備考	
				7割	8割	限度額(入院のみ)				
例1	204	入	氏名を記載する。	777			2,3割・在・長・結・精・更	初・課		
例2	204	入	0021865 6歳・外来・初診時 一部負担金徴収あり		2,355		2,3割・在・長・結・精・更	初・課	510	
例3	204	入	4000716 6歳・外来・初診時 一部負担金徴収なし		2,355		2,3割・在・長・結・精・更	初・課	510	
例4	204	入	0056220 一般・入院・課税	19,864			2,3割・在・長・結・精・更	初・課	19,864	
例5	204	入	1150478 一般・外来・課税	14,763			2,3割・在・長・結・精・更	初・課	12,000	
例6	204	入	3240952 一般・外来・低所得	1,355			2,3割・在・長・結・精・更	初・課		
例7	204	入	8207223 障老・入院・3割				3割・在・長・結・精・更	初・課	85,230 44,400	
例8	204	入	5027416 障老・入院・3割				3割・在・長・結・精・更	初・課	69,980 23,328	
例9	204	入	2225852 障老・外来・3割 一部負担金徴収なし				3割・在・長・結・精・更	初・課	1,983 661	
例10	204	入	5432133 障老・外来・3割 一部負担金徴収あり				3割・在・長・結・精・更	初・課	1,983 661	
小計		件数		4	2			0	3	
		点数		36,759	4,710				159,176	100,763

市町村名を記載し、必ず市・町・村の該当するものを で囲んで下さい。

医療機関コード、医療機関の所在地・名称・開設者氏名を記載し、開設者印を押印して下さい。

70歳未満の患者のうち、入院で限度額適用認定証等を提示した場合、(71)限度額欄に該当金額を記載して下さい。

低所得者及び3歳未満について初診料を算定した場合に「初」を で囲み、初診時一部負担金を記載して下さい。

初診時一部負担金を徴収しない旨の協定をしている場合は、初診時一部負担金を で囲んで下さい。

一部負担金を徴収した場合は、「課」を で囲み、一部負担金を記載する。一部負担金は1割相当額を1円単位で記載して下さい。
一部負担金1割相当額の月額限度額
 入院 44,400円
 外来 12,000円

一部負担金欄に記載を要しない場合は空欄として下さい。

「障老」欄の金額(入院)は、レセプトに記載された一部負担金(10円未満四捨五入)を記載して下さい。

また、一部負担金欄の金額は、1割相当額を1円単位で記載して下さい。

一部負担金を徴収しない旨の協定をしている場合、一部負担金を で囲んで下さい。

一部負担金を徴収した場合は、1割相当額を1円単位で記載して下さい。

65歳以上の受診者から「重度心身障害者医療費受給者証」の提示があった場合、「後期高齢者医療被保険者証」の確認をして下さい。

ひとり親家庭等医療費請求書 (医療機関用)

平成 年 月分下記のとおり請求する
平成 年 月 日

医療機関コード

市町村長様

医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名
Tel

印

記載要領裏面

区分	保険給付	件数	診療報酬請求総点数(レセプトの総点数)及び限度額等	一部負担金	請求事務手数料	区分	件数	診療報酬請求総点数(レセプトの総点数)及び限度額等	一部負担金
				円					円
請求	⑦⑤ 7割	2	2,710	1,355	決定	決			
	⑦⑤ 8割	2	4,710	510					
	⑦⑤ 限度額 (入院のみ)								
	⑦⑦ 長期高額 結・精								

(内 訳 書)

診療年月	受給者番号 患者氏名	入院外来 区分	診療報酬請求総点数(レセプトの総点数)及び限度額			⑦⑦ 請求金額		一部負担金	備考
			保険給付			長期高額疾病	結核・精神		
			⑦⑤ 7割	⑦⑤ 8割	⑦⑤ 限度額(入院のみ)				
20 4	0 0 0 4 5 6 2 一般・外来・課税 一部負担金徴収あり	入・外 ⑦⑤	1,355				結・精 円	初・課 円 1,355	
20 4	1 0 0 7 1 8 6 一般・外来・課税 一部負担金徴収なし	入・外 ⑦⑤	1,355				結・精	初・課 ①,355	
20 4	1 1 4 4 2 5 7 6歳・外来・初診時 一部負担金徴収あり	入・外 ⑦⑤		2,355			結・精	初・課 510	
20 4	3 1 8 6 2 0 4 6歳・外来・初診時 一部負担金徴収なし	入・外 ⑦⑤		2,355			結・精	初・課 ⑤10	
		入・外					結・精	初・課	
		入・外					結・精	初・課	
		入・外					結・精	初・課	
		入・外					結・精	初・課	
		入・外					結・精	初・課	
		入・外					結・精	初・課	
小 計		件数	2	2				円	
		点数及び金額	2,710	4,710				1,865	