

ひとり親家庭等及び重度障害者(児)医療費明細書の記入方法

⑤ No. _____

① 長 様

③ 年 月 分

②

公 費 負 担 者 番 号									

④ 医療費明細書

⑥

薬 局 コー ド									

⑦ 保険薬局の所在地、名称及び開設者氏名

(印)

下記のとおり報告する。

4. 調 剤

⑧ 年 月 日

No.	受給者番号	受給者氏名	生年月日			一部 負担 割合	処方せん 回 数 枚	保 険 総 点 数 点	備 考
			年	月	日				
1	⑨	⑩	⑪			⑫	⑬	⑭	⑮
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
小 計 ⑯									
99	合 計 ⑰								

注) 1.「一部負担割合」欄には、一部負担が1割の場合は「1」、2割の場合は「2」、3割の場合は「3」を記入してください。
 2.重度障害者(児)医療費、ひとり親家庭等医療費については、「備考」欄に受給者が窓口で支払った保険診療に係る自己負担額を記入してください。
 3.長期特定疾病等公費負担があり、法定の自己負担上限額のみ窓口で徴収する場合には、当該自己負担額を「備考」欄に記入してください。

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| ① 長様 | 市町名を記入(受給者証を確認) |
| ② 公費負担者番号 | 公費負担者番号を記入 |
| ③ 年 月 分 | 調剤年月を和暦で記入(例 元年5月は「1年5月分」と記入) |
| ④ 助成制度名 | 「ひとり親家庭等」又は「重度障害者(児)」を記入 |
| ⑤ No. | 市町別、調剤月別に1ページから記入 |
| ⑥ 薬局コード | 保険薬局コードを記入 |
| ⑦ 保険薬局の
所在地、名称及び
開設者氏名・印 | 保険薬局の所在地、名称及び開設者氏名を記入し、捺印 |
| ⑧ 年 月 日 | 提出年月日を和暦で記入 |
| ⑨ 受給者番号 | 受給者証の番号を記入 |
| ⑩ 受給者氏名 | 受給者氏名を漢字又はカタカナで記入 |
| ⑪ 生年月日 | 和暦で記入 |
| ⑫ 一部負担割合 | 一部負担割合を記入 |
| ⑬ 処方せん回数 | 処方せん回数を記入 |
| ⑭ 保険総点数 | 保険総点数を記入 |
| ⑮ 備考 | 窓口徴収額を記入
★窓口徴収額が0の場合は、明細書の作成は不要です。 |
| ⑯ 小計 | 1枚ごとに記入
(件数、処方せん回数、保険総点数、窓口徴収額) |
| ⑰ 合計 | 市町別、診療月別の最終ページに記入 |