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

④ No. 1

① 長 様

② 公費負担者番号 8422

重度障害者(児)の場合 [8522○○○○]

医療機関コード ⑤

③ 年 月分 ひとり親家庭等医療費明細書

重度障害者(児)の場合 [重度障害者(児)]

保険医療機関の所在地、名称及び開設者氏名 ⑥

印

⑧ 1 入院 2 通院

下記のとおり報告する。 ⑦ 年 月 日

No.	⑨ 受給者番号	⑩ 受給者氏名	⑪ 生年月日 年 月 日	⑫ 一部負担割合	⑬ 診療日数 日	⑭ 保険総点数 点	⑮ 窓口徴収額 円	⑯ 入院時食事療養費 基準額 円	標準負担額 円	備考
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
	⑰ 小 計		件							
99	⑱ 合 計		件							

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.「窓口徴収額」欄には、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。
入院時食事療養費標準負担額については、別欄（右から2列目の欄）に記入してください。
3.更生医療等公費負担があり、所得に応じた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「窓口徴収額」欄に記入してください。
4.訪問看護ステーションの場合は、「保険総点数」欄には訪問看護基本療養費の金額を円単位で記入して下さい。

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（受給者証を確認）
③ 年　月分	診療年月を和暦で記入（例　元年５月は「１年５月分」と記入）
④ No.	市町別、診療月別、入院・通院別に１ページから記入
⑤ 医療機関コード	医療機関コードを記入
⑥ 保険医療機関の所在地、名称及び開設者氏名・印	医療機関の所在地、名称及び開設者氏名を記入し、捺印
⑦ 年　月　日	提出年月日を和暦で記入
⑧ １入院 ２通院	入院、通院いずれかの該当番号を○で囲む
⑨ 受給者番号	受給者証の番号を記入(受給者証を確認し0から始まる番号は“0”も記入する)
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 診療日数	診療日数を記入（0日の場合は“0”記入）
⑭ 保険総点数	保険総点数を記入
⑮ 窓口徴収額	窓口徴収額を記入
⑯ 入院時食事療養費	入院の場合のみ基準額、標準負担額を記入
⑰ 小計	１枚ごとに記入 （件数、日数、保険総点数、窓口徴収額、入院時食事療養費）
⑱ 合計	市町別、診療月別、入院・通院別の最終ページに記入 （件数等 “⑰小計” と同じ）