

平成      年      月分    福祉医療費【連記式】明細書（入院外）  市町村長    様  保険医療機関等の 所在地及び名称 ( 電 話 番 号 )	割 合 区 分 一 般 7 0 歳 2 割 7 0 歳 3 割 6 歳 (特) 略 称 等
--	--

公費負担者番号	受 給 者 氏 名	点 数	福 祉 医 療 費 額	医 療 保 険 の 保 険 者 番 号	備 考
受給資格者番号	性 別 生 年 月 日		福 祉 医 療 費 額	保 険 者 番 号	
1	1 2 3 4 男 女 昭 平 . .				
2	1 2 3 4 男 女 昭 平 . .				
3	1 2 3 4 男 女 昭 平 . .				
4	1 2 3 4 男 女 昭 平 . .				
5	1 2 3 4 男 女 昭 平 . .				
6	1 2 3 4 男 女 昭 平 . .				
7	1 2 3 4 男 女 昭 平 . .				
8	1 2 3 4 男 女 昭 平 . .				
9	1 2 3 4 男 女 昭 平 . .				
10	1 2 3 4 男 女 昭 平 . .				
合	計				

注 1 割合区分欄は該当する箇所を○で囲み、(特)略称等欄は右表の略称等を記載してください。  
 2 点数欄は、療養の給付に係わる点数を記載してください。  
 3 福祉医療費請求額欄は、(特)略称等欄に略称等を記載した場合に福祉医療費請求額を記載してください。  
 4 医療保険の保険者番号欄は、福祉医療受給者が加入している医療保険の保険者番号を記載してください。  
 5 備考欄は、(特) (多)に該当する場合は(特) (多)、月遅れ分は診療年月、旧総合病院の場合は診療科を記載してください。また、在医管・在医総に係わる請求について減額認定証の適用区分欄Ⅱ・Ⅰに該当する者は、「Ⅱ」・「Ⅰ」を記載してください。  
 6 保険薬局において、同一受給者が複数の医療機関からの処方を受けた場合、それぞれの医療機関名または「複数あり」を備考欄に記載してください。  
 7 在医管・在医総に係わる請求について、70歳以上の高齢者で、自己負担限度額「一般」適用経過措置対象者の福祉医療費請求額が自己負担限度額となる場合は、備考欄に「経過」と記載してください。  
 8 自己負担限度額特例対象被扶養者等の請求については、備考欄に「高半」を記載してください。  
 9 訪問は請求金額を点数欄に記載してください。

(特)略称等欄に記載が必要な請求	略称等
障害者自立支援法等公費負担医療	各法番
(長)	0 2
高齢受給者を除く高額 (多数該当、非課税世帯、多数 該当・非課税世帯を含む。)	高
在医管・在医総	在