

## (1) ①被用者保険又は国保組合の被保険者（公費患者負担なし）

### ●福祉分は「連記式」で請求

| ○診療報酬明細書<br>(医科入院)  |                           | 都道府<br>県番号 | 医療機関コード | 1 ① 社・国<br>医科  | 2 公費 | 3 後期<br>4 退職 | 1 単独<br>2 2 併<br>3 3 併 | 1 本入<br>3 六入<br>5 家入 | 7 高入<br>9 高入7 |
|---------------------|---------------------------|------------|---------|----------------|------|--------------|------------------------|----------------------|---------------|
| 令和                  | 年                         | 月          | 分       | 1              | 0    |              |                        | 10                   | 9             |
| 公費負担者番号①            | 28                        |            |         |                |      |              |                        | 7                    | ( )           |
| 公費負担者番号②            |                           |            |         |                |      |              |                        |                      |               |
| 公費負担医療の受給者番号①       |                           |            |         |                |      |              |                        |                      |               |
| 公費負担医療の受給者番号②       |                           |            |         |                |      |              |                        |                      |               |
| 被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号 |                           |            |         |                |      |              |                        |                      |               |
| 区分                  | 精神                        | 結核         | 療養      | 特記事項           |      |              |                        |                      |               |
| 氏名                  | 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . . 生 |            |         | 保険医療機関の所在地及び名称 |      |              |                        |                      |               |
| 職務上の事由              | 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害    |            |         |                |      |              |                        |                      |               |
| 請求点※決               | 5,000                     |            |         |                |      |              |                        |                      |               |
| 公費①公費②              | 1,950                     |            |         |                |      |              |                        |                      |               |
| 給付                  |                           |            |         |                |      |              |                        |                      |               |
| 食費・生活療養費            |                           |            |         |                |      |              |                        |                      |               |
| 公費①公費②              |                           |            |         |                |      |              |                        |                      |               |

28 公費の対象は 1,950 点 (患者負担額 0 円) のため、連記式での請求は 3,050 点 (5,000 点 - 1,950 点) となります。

### 連記式明細書

| 医科 歯科   |                        | 都道府<br>県番号 | 10    | 医療機関<br>コード        |
|---------|------------------------|------------|-------|--------------------|
| 令和      | 年                      | 月          | 分     | 福祉医療費【連記式】明細書 (入院) |
| 市町村長 様  |                        |            |       | 割合区分               |
|         |                        |            |       | 一 般                |
|         |                        |            |       | 70 歳 2 割           |
|         |                        |            |       | 70 歳 3 割           |
|         |                        |            |       | 6 歳                |
|         |                        |            |       | (特) 略称等            |
| 受給資格者番号 | 性別                     | 生 年 月 日    | 数     | 福祉医療費<br>請求額       |
| 1       | 1 2 3 4<br>男 女 昭 平 . . |            | 3,050 |                    |
| 2       | 1 2 3 4<br>男 女 昭 平 . . |            |       |                    |
|         |                        |            |       | 食事回数<br>食事標準負担額    |
|         |                        |            |       | 医療保険の<br>保険者番号     |
|         |                        |            |       | 考                  |

28 公費の患者負担額は 0 円のため、連記式(一般)は 3,050 点で請求してください。

公費患者負担額 0 円の (公費に係る福祉での負担がない) ため、マル特欄は記載不要です。