(1) ②被用者保険又は国保組合の被保険者（公費患者負担あり）

例 1（公費患者負担額のみ福祉が負担する場合）

●福祉分は「連記式（マル特）」で請求

○診療報酬明細書 (医科入院)

都道府県番号 10 医療機関コード

令和 年 月 分

1 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺

1 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺

公費負担者番号 ① 28

公費負担者番号 ②

保険者番号 10

給付割合 ① ()

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

氏名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . . 生

職歴上の事由 1 職前上 2 下船後3月以内 3 通勤災害

請求点 50,000

公費の給付 50,000

負担金額 20,000

28 公費の患者負担額 20,000 円は福祉で負担するため、20,000 円は連記式で請求してください。

連記式明細書

医科 歯科

都道府県番号 10 医療機関コード

令和 年 月 分 福祉医療費【連記式】明細書 (入院)

市町村長 様

保険医療機関の所在地及び名称 (電話番号)

略号 28

公費負担者番号	受給者氏名	点 数	福祉医療費請求額	食事回数 食事標準負担額	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					
1	1 2 3 4 男女 昭平 . .	50,000	20,000		10	
2	1 2 3 4 男女 昭平 . .					

《注意》
電子請求の場合は「11」をセッティングしてください。

例2 (マル長と患者負担額のない28公費の場合)

●福祉分は「連記式 (マル特)」で請求

診療報酬明細書 (医科入院)		都道府県番号	医療機関コード	1 ① 社・国 医科	2 公費	3 後期 4 退職	1 ② 併 3 3 併	1 ③ 本人 3 六入	7 高入 9 高入7
令和 年 月 分				10					
公費負担者番号 ①	28	公費負担医療の受給者番号 ①		被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号					
公費負担者番号 ②		公費負担医療の受給者番号 ②							
区分	精神 幼扶 療養	特記事項	02	保険医療機関の所在地及び名称					
氏名	1男 2女 1男 2大 3昭 4平 . . . 生	職歴上の事由	1 職歴上 2 下船後3月以内 3 通勤災害						
請求点数	50,000	定額	10,000	請求円	5,000	標準負担額円			
公費①		負担金額円	0	公費①					
公費②				公費②					

28 公費の患者負担額は 0 円のため、福祉で負担するマル長の 10,000 円のみ連記式(マル特)で請求してください。

連記式明細書

医科 歯科		都道府県番号	10	医療機関コード		割合区分
令和 年 月 分 福祉医療費【連記式】明細書						
市町村長 様						
保険医療機関の所在地及び名称 (電話番号)						02
公費負担者番号	受給者氏名	点数	福祉医療費請求額	食事回数	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					
1	1 2 3 4 男女 昭平 . .	45,000	10,000		10	
2	1 2 3 4 男女 昭平 . .					

「28」は福祉負担がないため、「02」のみ記載してください。

例3 (公費患者負担額及び福祉分を負担する場合)

●福祉分は「連記式 (マル特)」で請求

診療報酬明細書 (医科入院)		都道府県番号	医療機関コード	1 1 土・国 医科	3 後期 4 退職	1 甲類 2 2 併 3 併	1 本人 3 六入 5 家入	7 高入 9 高入7
令和 年 月 分				10			1098	
公費負担者番号 (1)	28	公費負担医療の受給者番号 (1)		被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号				
公費負担者番号 (2)	54	公費負担医療の受給者番号 (2)						
区分	精神 幼扶 療養	特記事項	保険医療機関の所在地及び名称					
氏名	1男 2女 1男 2大 3昭 4平 . . . 生	職歴上の事由	1 職歴上 2 下船後3月以内 3 通勤災害					
請求点	50,000	負担金	0	福祉医療費 (円) 負担・支払額				
公費の給付	5,000		5,000	① 公費 (円)				
給付	42,000			② 公費 (円)				

54 公費の患者負担額 5,000 円と公費対象外の 9,000 円 (3,000 点 × 負担割合) が福祉負担となるため、14,000 円を連記式 (マル特) で請求してください。

連記式明細書

医科 歯科		都道府県番号	10	医療機関コード	分割区分
令和 年 月 分 福祉医療費【連記式】明細書					
市町村長 様					
保険医療機関の所在地及び名称 (電話番号)					54
公費負担者番号	受給者氏名	点数	福祉医療費請求額	食事回数	医療保険の保険者番号
受給資格者番号	性別 生年月日			食事標準負担額	備考
1	1 2 3 4 男女 昭平 . .	3,000 45,000	14,000		10
2	1 2 3 4 男女 昭平 . .				

「28」は福祉負担がないため、「54」のみ記載してください。