

## 公費患者負担額及び保険分を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 (医科入院外)

都道府県番号 10 医療機関コード

令和 年 月分

1 公費	2 公費	3 後期	4 退職	5 単身	6 本外	7 高外
1 公費	2 公費	3 後期	4 退職	5 単身	6 本外	7 高外

保険者番号 10 9 8 7 ( )

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

氏名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 生

職務上の事由 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害

特記事項 保険医療機関の所在地及び名称

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。

請求点	負担額	負担割合	福祉負担額
50,000	5,000	0	0
42,000	5,000	5,000	5,000

## 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

市町村長 様

保険医療機関の所在地及び名称 (電話番号)

割合区分 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	備考
受給資格者番号	性別 生年月日			食事標準負担額		
1	1 2 3 4 男女 昭平	3,000	14,000			
2		45,000				

公費①の 28 公費は患者負担額が0円のため、45,000 点 (50,000 点-5,000 点)で請求してください。

「28」は福祉負担がないため、「54」のみ記載してください。