

患者負担のある 28 公費と患者負担のない 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
(医科入院外)

都道府県番号
令和 年 月分

医療機関コード
1 1 社・国 3 後期 1 単基 2 本外 8 高外一
医科 2 公費 4 退職 3 3 併 4 六外 0 高外7
10 9 8
① ②

公費負担者番号 ①	28	公費負担医療の受給者番号①	
公費負担者番号 ②	28	公費負担医療の受給者番号②	

保険者番号
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高 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
28 区ウ
保険医療機関の所在地及び名称
(床)

97 標準	円× 同	公費負担点数	点
食事・生活	円× 同	公費負担点数	点
標準(生)	円× 同	標準(生)	円× 同
特別(生)	円× 同	特別(生)	円× 同
減・免・猶・特・Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ	日	減・免・猶・特・Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ	日

(82,430)
(15,000)

請求点	55,000	負担金額	97,430
公費①	50,000	負担金額	70,100
公費②	5,000	負担金額	0

公費①の28公費患者負担額 70,100 円が福祉負担となるため、70,100 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

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)

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	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 . .	50,000	70,100			ウ
2						

《注意》
電子請求の場合は「11」をセットしてください。

公費②の 28 公費は患者負担額が0円のため、50,000 点(55,000 点-5,000 点)で請求して下さい。