

# ア 公費患者負担額及び保険分を福祉が負担する場合（医科 入院）

## ●福祉分は「連記式」で請求

様式第二(一)

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 社・国 2 公費 3 後期 4 退職 5 単 6 併 7 併 8 併 9 併	1 本入 2 六入 3 家入 4 高入 5 高入 6 高入 7 高入 8 高入 9 高入
令和 年 月 分					
公費負担者番号①	28	公費負担医療の受給者番号①		保険者番号	1098
公費負担者番号②		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	保険医療機関の所在地及び名称		
氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . . 生	職務上の事由	1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害		
傷病名	(1) (2) (3)	診療開始日	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日	転 治ゆ死亡中止 帰	保険公費①公費② 診療実日数
11 初診	時間外・休日・深夜	92 特定入院料	28公費の患者負担額9,000円と公費対象外の患者負担額16,710円 ( (15,000点-9,430点) ×負担割合) が福祉負担となるため、25,710円を連記式(マル特)で請求してください。		
療養の給付	請求点 ※ 決定点	金額 円	減額 割(円)免除・支払猶予	円	標準負担額)円
公費①	15,000				
公費②	9,430	9,000			

備考 1. この用紙は、A列4番とすること。  
2. ※印の欄は、記入しないこと。

## 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)					割合区分
マル特略称等欄に「28」を記載してください。 【注意】電子媒体での請求の場合は「11」を設定してください。					一般
					70歳2割
					70歳3割
					6歳
					略称等
					28
患者氏名		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
		9,430	25,710		
1 2 3 4 5 男 女 昭 平 令 . . .		15,000			
備考					

下段に全点数、上段に公費分点数を記載してください。

# イ 公費患者負担額及び保険分を福祉が負担する場合（医科 入院外）

## ●福祉分は「連記式」で請求

様式第二(二)

○診療報酬明細書 (医科入院外)

令和 年 月 分

都道府県番号 10 医療機関コード 1098

1 1社・国 3後期 1単独 2本外 8高外一  
 2公費 4退職 3併 4六外 0高外7

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 公費負担医療の受給者番号②

保険者番号 1098 ( )

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号 (枝番)

氏名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . . 生

職務上の事由 1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害

傷病名 (1) (2) (3)

11 初診 時間外・休日・深夜

他 薬剤

療養の給付

請求点	※ 決	一部負担金額	円
15,000		減額 割(円)免除・支払猶予	
9,430	点 ※	9,000	円
	点 ※		円 ※ 高額療養費 円 ※ 公費負担点数 点 ※ 公費負担点数 点

備考 1. この用紙は、A列4番とすること。  
 2. ※印の欄は、記入しないこと。

28公費の患者負担額9,000円と公費対象外の患者負担額16,710円  
 ((15,000点-9,430点)×負担割合)が福祉負担となるため、25,710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 調剤 訪問

都道府県番号 10 医療機関等コード

令和 年 月 分 福祉医療費【連記式】明細書(入院外)

市町村長様

マル特略称等欄に「28」を記載してください。  
 【注意】電子媒体での請求の場合は「11」を設定してください。

割合区分 一般

70歳2割

70歳3割

6歳

特略称等 28

公費負担者番号 受給者氏名

点数 請求額 保険者番号 備考

下段に全点数、上段に公費分点数を記載してください。

1	9,430	25,710		
	15,000			

1 男 女 昭 平 令 . . .

2 1 2 3 4 5 . . .

## ウ 公費患者負担額及び保険分を福祉が負担する場合（調剤）

●福祉分は「連記式」で請求

○ 調剤報酬明細書

都道府 薬局コード  
県番号

令和 年 月分

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
調剤	公費	退職	期	1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
社・国	3	後	期	1	2	3	4	5	6
2	4	退	職	3	併	併	併	併	併
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
本外	六外	家外	0	高外	7				
8	0	高外	7						

公費負担者番号① 28

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

保険者番号

給付割合 1098 ( )

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号 (枝番)

氏名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . 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 保険薬局の所在地及び名称

保険医療機関の所在地及び名称

1 6  
2 7  
3 8

医師番号 処方月日 調剤月日 医薬品名・規格

28公費の患者負担額9,000円と公費対象外の患者負担額16,710円((15,000点-9,430点)×負担割合)が福祉負担となるため、25,710円を連記式(マル特)で請求してください。

請求点	決定点	公費①	公費②
15,000		9,430	
			9,000

## 連記式明細書

医科 歯科 調剤 訪問

令和 年 月分

市町村民 様

下段に全点数、上段に公費分点数を記載して下さい。

マル特略称欄に「28」を記載して下さい。  
【注意】電子請求の場合は「11」を設定して下さい。

公費負担者番号	受給者氏名	点数	福祉医療費請求額	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	9,430	25,710		
1	1 2 3 4 5 男 女 昭 平 令 . .	15,000			
2	1 2 3 4 5 男 女 昭 平 令 . .				

割合区分  
一般  
70歳2割  
70歳3割  
6歳  
略称等  
28