

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 3 後 期 医 科 2 公 費 4 退 職	1 単 独 2 併 3 併	1 本 入 7 高 入 一 3 六 入 9 高 入 7 5 家 入	
令和 年 月 分				10 9 8	給付割合 7 ()		
公費負担者番号①	2 8	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			(枝番)
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 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)	診療開始日	(1)	年 月 日	転	治ゆ死亡中止	保険日数
	(2)		(2)	年 月 日			公費①
	(3)		(3)	年 月 日	帰		公費②
11 初診	時間外・休日・深夜						
12 医学管理	02 特定入院料						
<p>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。</p>							
療養の給付	請求点	※決定点	金額 円	回数	請求円	※決定点 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	
<p>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。</p>					一般	
					70歳2割	
					70歳3割	
					6歳	
					略称等	
					28	
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
		9,430	25,710			
1 2 3 4 5 男 女 昭 平 令 . .		15,000				

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

下段に全点数、上段に公費分点数を記載してください。

点数	福祉医療費	医療保険の	備考
9,430	請求額	保険者番号	
15,000	25,710		

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 社・国 調剤	3 後 2 公費	4 退 3 職	1 単 2 併 3 併	2 本 4 外 6 家 外	8 高 外 0 高 外	7 高 外
-------------	-------------	------------	-------------------	------------------------	----------------------	----------

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

保険 1 6
2 7
3 8

医師番号 処方月日 調剤月日 医薬品名・規格

都道府県番号 点数表番号 医療機関コード

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

市町村長 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