

## 令和 年 月分 福祉医療費【連記式】明細書（入院外）

市町村長 様

 保険医療機関等の  
所在地及び名称  
(電話番号)

割合区分
一般
70歳2割
70歳3割
6歳
(特)略称等

	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							
1		1 男	2 女	3 昭	4 平	5 令	.	.		
2		1 男	2 女	3 昭	4 平	5 令	.	.		
3		1 男	2 女	3 昭	4 平	5 令	.	.		
4		1 男	2 女	3 昭	4 平	5 令	.	.		
5		1 男	2 女	3 昭	4 平	5 令	.	.		
6		1 男	2 女	3 昭	4 平	5 令	.	.		
7		1 男	2 女	3 昭	4 平	5 令	.	.		
8		1 男	2 女	3 昭	4 平	5 令	.	.		
9		1 男	2 女	3 昭	4 平	5 令	.	.		
10		1 男	2 女	3 昭	4 平	5 令	.	.		
		合 計								

注1 割合区分欄は、該当する箇所を○で囲み、(特)略称等欄は右表の略称等を記載してください。

2 点数欄は、療養の給付に係わる点数を記載してください。

3 福祉医療費請求額欄は、(特)略称等欄に略称等を記載した場合と高齢受給者で高額医療費該当の場合に福祉医療費請求額を記載してください。

4 医療保険の保険者番号欄は、福祉医療受給者が加入している医療保険の保険者番号を記載してください。

5 備考欄は、多・税に該当する場合は、多・税、限度額適用認定証の所得区分欄現役並みⅢ・Ⅱ・Ⅰに該当する場合は「ア」「イ」「ウ」、多数該当の場合は「多ア」「多イ」「多ウ」、月遅れ分は診療年月を記載してください。

また、減額認定証の適用区分欄Ⅱ・Ⅰに該当する者は、「Ⅱ」「Ⅰ」を記載してください。

6 保険薬局において、同一受給者が複数の医療機関からの処方を受けた場合、それぞれの医療機関名または「複数あり」を備考欄に記載してください。

7 自己負担限度額特例対象被扶養者等の請求については、備考欄に「高半」を記載してください。

8 訪問看護は請求金額を点数欄に記載してください。

(特)略称等欄に記載が必要な請求	略称等
障害者総合支援法等公費負担医療	各法番
(長)	02
高齢受給者を除く高額 (多数該当、非課税世帯、多数該当 ・非課税世帯を含む。)	高