

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	医療機関コード	1 1 社・国 医科	2 公費	3 後期 4 退職	1 単独 2 2 併 3 3 併	2 本外 4 六外 6 家外	8 高外 9 高外7
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					
公費負担者番号②	54			公費負担 医療の受 給者番号②					
氏名				特記事項					
1男 2女 1明 2大 3高 4平 . . . 生				保障医 療機関 の所在 地及び 名称					
職務上の事由				1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害					
請求点	50,000	点		負担金					
公費①	5,000	点		減額(円)免除・支払調子	0				
公費②	42,000	点		公費①	0				
公費③		点		公費②	5,000				

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。

連記式明細書

医科 歯科		都道府県番号	10	医療機関コード	割合区分	
令和 年 月分 福祉医療費【連記式】明細書						
市町村長 様						
保障医療機関の所在地及び名称 (電話番号)						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 昭和 . .	3,000	14,000			
2		45,000				

「28」は福祉負担がないため、「54」のみ記載してください。

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。