

様式第7号 福祉医療費請求書(連名簿)

No.

| 事業区分 9 平成 年 月分 下記のとおり請求する。 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | 医療機関所在地 | | 医療機関コード | | | | | |
|--|-------|------|---------|-------|----------|------|------|----|----|--------------------|---------------|---------|------------|---|---|------|--|
| 処理区分 2 | | | | | | | | | | 名称・開設者氏名 | | 点数表分 | | | | | |
| 区分 | 受給者氏名 | | 保険者番号 | 公費番号① | 公費受給者番号① | 診療年月 | 給付割合 | 本家 | 日数 | 請求点数 (柔整の場合は合計) | 一部負担金 | 公費分点数① | 公費対象患者負担額① | 長 | 公 | 科別番号 | |
| | 性別 | 生年月日 | 被保険者証記号 | 公費番号② | 公費受給者番号② | | | | | | (柔整の場合は一部負担金) | 公費分点数② | 公費対象患者負担額② | | | | |
| 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 合計 | | | | | 件数 | | | | | | | | | | | |

印

福祉医療費請求書(連名簿)記載要領

様式第7号 福祉医療費請求書(連名簿)

No. (1)

| 平成(2)年(2)月分 下記のとおり請求する。 | | 事業区分 9 | 医療機関所在地 | | (4) | | | | | | | | | | 医療機関コード (5) | | | | | | |
|----------------------------|-------|-----------|----------|---------|----------------|------|----------------------|------|------|------|------|------|--------------------|-------|----------------|------|--------------------------|------|------|------|----------|
| 平成(3)年(3)月(3)日 | | 処理区分 2 | 名称・開設者氏名 | | (印) | | | | | | | | | | 点数表 区分 (6) | | | | | | |
| 区分 | 受給者氏名 | | 保険者番号 | | 公費番号① 公費番号② | | 公費受給者番号① 公費受給者番号② | | 診療年月 | 給付割合 | 本家 | 日数 | 請求点数 (調整の場合は合計) | 一部負担金 | 公費点数① 公費点数② | | 公費対象患者負担額① 公費対象患者負担額② | | 長 | 公 | 科別 番号 |
| | 性別 | 生年月日 | 被保険者証記号 | 被保険者証番号 | (13) | (14) | (15) | (16) | | | | | | | (23) | (24) | (25) | (26) | | | |
| 1 | 2 | (7) | (10) | (13) | (14) | (15) | (16) | (17) | (18) | (19) | (20) | (21) | (22) | (23) | (24) | (25) | (26) | (27) | (28) | (29) | |
| 2 | 2 | (8) | (9) | (11) | (12) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 合計 | | | | | | 件数 | | (30) | (31) | (32) | (33) | (34) | (35) | (36) | | | | | | |

左記の福祉医療費請求書(連名簿)(1)～(36)の項目については、下記(1)～(36)の要領に基づき記載いただきますようお願いいたします。

連名簿の記載については医療機関所在地及び名称、開設者氏名、受給者氏名、被保険者証記号の各欄以外は全て数字で記入して下さい。(性別、生年月日は数字でなくても差し支えありません。)

- (1)「NO」欄 福祉医療費請求書(連名簿)枚数を1から順に通し番号で記入して下さい。
- (2)「平成 年 月分」欄 診療年月を記入して下さい。月遅れ分があっても当月にかかる診療年月を記入して下さい。
(例:平成24年4月提出分であれば月遅れであっても平成24年3月分と記入)
- (3)「平成 年 月 日」欄 福祉医療費請求書(連名簿)を提出していただく年月日を記入して下さい。
- (4)「医療機関所在地・名称・開設者氏名」欄 保険医療機関等指定申請の際等に地方厚生(支)局長に届出を行った内容と同一のものを記入して下さい。①については滋賀県国民健康保険団体連合会へ届出た診療報酬請求書に使用する印鑑と同一のものを使用して下さい。
- (5)「医療機関コード」欄 保険医療機関ごとに定められた7桁の医療機関コードを記入して下さい。
- (6)「点数表区分」欄 該当する点数表を記入して下さい。(医科:1、歯科:3、調剤:4、訪問看護:6、柔道整復:19)
- (7)「受給者氏名」欄 福祉医療費受給券に記載されている氏名を記入して下さい。
- (8)「性別」欄 受給者の性別を(男性の場合「1」または「男」、女性の場合「2」または「女」)を記入して下さい。
- (9)「生年月日」欄 受給者の生年月日を記入して下さい。
元号については、明治「1」、大正「2」、昭和「3」、平成「4」の数字を用い、次の例により記入して下さい。
(例:平成2年8月22日生の場合は、「4020822」または、平成2年8月22日と記入して下さい。)
- (10)「保険者番号」欄 健康保険等の保険者番号を記入して下さい。
- (11)「被保険者証記号」欄
- (12)「被保険者証番号」欄 } 健康保険証等に記載されている被保険者証記号・番号を記入して下さい。
- (13)「公費番号①」欄 第一公費となる8桁の公費番号(主に福祉番号)を記入して下さい。第一公費が福祉医療費でない場合も、その番号を記入して下さい。
- (14)「公費受給者番号①」欄 第一公費にかかる7桁の公費受給者番号(主に福祉受給者番号)を記入して下さい。
- (15)「公費番号②」欄 第二公費となる8桁の公費番号(主に福祉番号)を記入して下さい。
- (16)「公費受給者番号②」欄 第二公費となる7桁の公費受給者番号(主に福祉受給者番号)を記入して下さい。
- (17)「診療年月」欄 診療年月を記入して下さい。
- (18)「給付割合」欄 医療保険の給付割合を記入して下さい。(7割給付の場合は70、8割給付の場合は80)
- (19)「本家」欄 以下の番号を記入して下さい。
本人入院=1、未就学者入院=3、家族入院=5、高齢受給者・低所得者8割給付入院=7、高齢受給者7割給付入院=9
本人外来=2、未就学者外来=4、家族外来=6、高齢受給者・低所得者8割給付外来=8、高齢受給者7割給付外来=0
- (20)「日数」欄 医療保険の請求実日数を記入して下さい。
- (21)「請求点数」欄 医療保険の請求点数を記入して下さい。
- (22)「一部負担金」欄「入院」一部負担金の支払いを受けた場合はその金額を記載する。
[入院外]高額療養費が現物給付された場合に記載するものとし、支払いを受けた一部負担金を記載して下さい。
- (23)「公費点数①」欄 公費番号①にかかる点数を記入して下さい。
- (24)「公費対象患者負担額①」欄 公費番号①にかかる患者負担額があれば記入して下さい。
- (25)「公費点数②」欄 公費番号②にかかる点数を記入して下さい。
- (26)「公費対象患者負担額②」欄 公費番号②にかかる患者負担額があれば記入して下さい。
- (27)「長」欄 長期高額疾病の該当者である場合、「2」または「16」を記入してください。
- (28)「公」欄 記載不要です。空欄にしてください。
- (29)「科別番号」欄 旧総合病院のみ科別番号を記入して下さい。(平成22年4月以降は原則記載不要です)

(30)、(31)、(32)、(33)、(34)、(35)、(36)「合計」欄
連名簿1枚毎に件数、請求点数、公費点数①、公費対象患者負担額①、公費点数②、公費対象患者負担額②それぞれの合計を記入して下さい。

科別番号

| 番号 | 科別 | 番号 | 科別 |
|----|--------|----|------------|
| 01 | 内科 | 18 | 皮膚泌尿器科 |
| 02 | 精神科 | 19 | 皮膚科 |
| 03 | 神経科 | 20 | 泌尿器科 |
| 04 | 神経内科 | 21 | 性病科 |
| 05 | 呼吸器科 | 22 | こう門科 |
| 06 | 消化器科 | 23 | 産婦人科 |
| 07 | 胃腸科 | 24 | 産科 |
| 08 | 循環器科 | 25 | 婦人科 |
| 09 | 小児科 | 26 | 眼科 |
| 10 | 外科 | 27 | 耳鼻いんこう科 |
| 11 | 整形外科 | 28 | 気管食道科 |
| 12 | 形成外科 | 30 | 放射線科 |
| 13 | 美容外科 | 31 | 麻酔科 |
| 14 | 脳神経外科 | 33 | 心療内科 |
| 15 | 呼吸器外科 | 34 | アレルギー科 |
| 16 | 心臓血管外科 | 35 | リウマチ科 |
| 17 | 小児外科 | 36 | リハビリテーション科 |