

障

親

乳

子

レセプト記載方法 (基本)

平成29年8月 東京都福祉保健局保健政策部医療助成課

	法別番号	一部負担金	受給者証・医療証		
			色	更新日	
障	80	1割負担 負担上限額 (1か月) 入院44,400円 外来12,000円	黄色 薄い水色 (1年交代)	9月1日	
		負担者番号 80136***			なし
親	81	1割負担 負担上限額 (1か月) 入院44,400円 外来12,000円	桃色 藤色 (1年交代)	1月1日	
		負担者番号 81136***			なし
乳	88	なし	若草色 淡いオレンジ色 (1年交代)	10月1日	
		負担者番号 88132***			負担者番号 88138***
子	88	通院1回につき 200円(上限)	若草色 淡いオレンジ色 (1年交代)	10月1日	
		負担者番号 88131***			負担者番号 88134***
		なし			負担者番号 88133***
		なし			負担者番号 88135*** 88137***