

ひとり親家庭等医療費助成事業に係る 診療（調剤）報酬明細書記載例

2016年10月

徳島県国民健康保険団体連合会審査課

【記載例 1】 医科・外来

○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 併 3 3併		2 本外 4 就学前 6 家外		8 高外 0 高外7	
平成 年 月 分										保険者 番号		* * * * *		* * * * *		* * * * *		* * * * *		10 9 8 ⑦ ()			
市町村 番号					老人医療 の受給者 番号					公費負担 医療の受 給者番号①													
公費負担 番号①	4	9	3	6	* * * * *					* * * * *													
公費負担 番号②					公費負担 医療の受 給者番号②																		
氏名										特記事項		保険医 療機関 の所在 地及び 名称											
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . 生												「49」の対象額に対する自己負担額が1,000円を 超えていることから、公費①一部負担金には【1,000】 の記載をお願いします。											
職務上の事由										1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害													
療 保 險 の 公 費 給 付	請求点	600			※	決 定 点				一部負担金額	()												
	公費① 公費②	600			点	※	点				減額制(円)免除・私猶予	1,000											
	※ 高額療養費 円				※	公費負担点数				※ 公費負担点数													

【記載例 2】 医科・外来

○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 併 3 3併		2 本外 4 就学前 6 家外		8 高外 0 高外7	
平成 年 月 分										保険者 番号		* * * * *		* * * * *		* * * * *		* * * * *		10 9 8 ⑦ ()			
市町村 番号					老人医療 の受給者 番号					公費負担 医療の受 給者番号①													
公費負担 番号①	4	9	3	6	* * * * *					* * * * *													
公費負担 番号②					公費負担 医療の受 給者番号②																		
氏名										特記事項		保険 医 療 機 関 の 所 在 地 名											
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . 生												「49」の対象額に対する、自己負担額が1,000円未満 の場合は、1円単位での記載をお願いします。 この場合は【933】になります。											
職務上の事由										1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害													
療 保 險 の 公 費 給 付	請求点	311			※	決 定 点				一部負担金額	()												
	公費① 公費②	311			点	※	点				減額制(円)免除・私猶予	933											
	※ 高額療養費 円				※	公費負担点数				※ 公費負担点数													

【記載例 3】 歯科・外来

○診療報酬明細書 (歯科)										都道府 県番号	医療機関コード	1 医科	①社・国 2公費	3後 4退職	期 3併 3併	1単独 ②併 3併	2本外 4就学前 ⑥家外	8高外 0高外7	
平成 年 月 分										保険者 番号		*	*	*	*	*	*	10 9 8	⑦ ()
市町村 番号						老人医療 の受給者 番号					被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号								
公費負担 番号①	4	9	3	6	*	*	*	*	*	*	公費負担 医療の受 給者番号①	*	*	*	*	*	*		
氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平										「49」の対象額に対する自己負担額が、1,000円を 超えていることから、公費①一部負担金には【1000】 の記載をお願いします。								
職務上の事由	1職務上 2下船後3月以																		
摘要											水	1,000	点	合計	1,000	点			
											点	*	点						
											患者負担額 (公費)	1,000	円	決定	*	点			
											高額療養費	*	円	一部負担 金額	減額 割(円) 免除・支払猶予				

【記載例 4】 歯科・外来

○診療報酬明細書 (歯科)										都道府 県番号	医療機関コード	1 医科	①社・国 2公費	3後 4退職	期 3併 3併	1単独 ②併 3併	2本外 4就学前 ⑥家外	8高外 0高外7	
平成 年 月 分										保険者 番号		*	*	*	*	*	*	10 9 8	⑦ ()
市町村 番号						老人医療 の受給者 番号					被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号								
公費負担 番号①	4	9	3	6	*	*	*	*	*	*	公費負担 医療の受 給者番号①	*	*	*	*	*	*		
氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平										「49」の対象額に対する自己負担額が、1,000円 未満の場合は、1円単位での記載をお願いします。 この場合は【999】となります。								
職務上の事由	1職務上 2下船後3月以																		
摘要											水	333	点	合計	333	点			
											点	*	点						
											患者負担額 (公費)	999	円	決定	*	点			
											高額療養費	*	円	一部負担 金額	減額 割(円) 免除・支払猶予				

【記載例 5】調剤・外来

○ 調剤報酬明細書		都道府 業局コード 県番号	1 ①社・国 3 後期 1 単独 2 本外 8 高外 医科 2 公費 4 退職 ②2 併 4 就学前 3 3 併 ⑥ 家外 0 高外7
平成 年 月 分			
市町村 番号	老人医療 の受給者 番号	保険者 番号	給付割合 10 9 8 ⑦ ()
公費負担者番号 ①	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	* * * * *	
氏名	特記事項	被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号	
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . . 生		調剤報酬明細書の場合、他の県単独事業同様、公費①一部 負担金額への記載は不要です。	
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害	保険 療機 の所 地及 名	
療養の給付	請求点 ※ 決定点	一部負担金額	
保険	1,000		
公費①	1,000	減額(円) 受払猶予	円
公費②			円

【記載例 6】訪問看護・外来

○ 訪問看護療養費明細書		都道府 訪問看護ステーションコード 県番号	1 ①社・国 3 後期 1 単独 2 本外 8 高外 医科 2 公費 4 退職 ②2 併 4 就学前 3 3 併 ⑥ 家外 0 高外7
平成 年 月 分			
市町村 番号	老人医療 の受給者 番号	保険者 番号	給付割合 10 9 8 ⑦ ()
公費負担者番号 ①	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	* * * * *	
氏名	特記事項	被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号	
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . . 生		訪問看護 ステーション の所在地 及	
訪問した 住所		「49」の対象額に対する、自己負担額が1,000円を 超えていることから、公費①一部負担金には【1,000】 の記載をお願いします。	
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害		
合 計	請求 円 ※ 決定 円	負担金額	※高額療養費
保険	4,000		
公費①	4,000	円 ※	円 ※公費負担金額 円 備考
公費②		円 ※	円 ※公費負担金額 円
		1,000	

【記載例 7】訪問看護・外来

○ 訪問看護療養費明細書										都道府 県番号	訪問看護ステーションコード	1 1社・国 2公費 3後 4退職 5 6 7	3 3後 4退職 5 6 7	1 1単 2 3併 3併	2 2本 4外 4就 6前 6家 7外	8 8高 0外 7												
平成 年 月 分																												
市町村 番号										老人医療 の受給者 番号										保険者 番号	*	*	*	*	*	*	*	給付割合 1098 ⑦ ()
公費負担者番号①	4	9	3	6	*	*	*	*	*	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								
公費負担者番号②										公費負担 医療の受 給者番号②																		
氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . . 生										特記事項	訪問看護 ステーション の所在地 及																
訪問した 住所											「49」の対象額に対する、自己負担額が1,000円未満 の場合は、1円単位での記載をお願いします。 この場合は【933】になります。																	
職務上の事由	1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害																											
合 計	保 険	請 求 円	※	決 定 円	負 担 金 額											※高額療養費												
	公 費 ①	3,110	円	※	円	933	円	※公費負担金額	円	備考																		
	公 費 ②		円	※	円		円	※公費負担金額	円																			

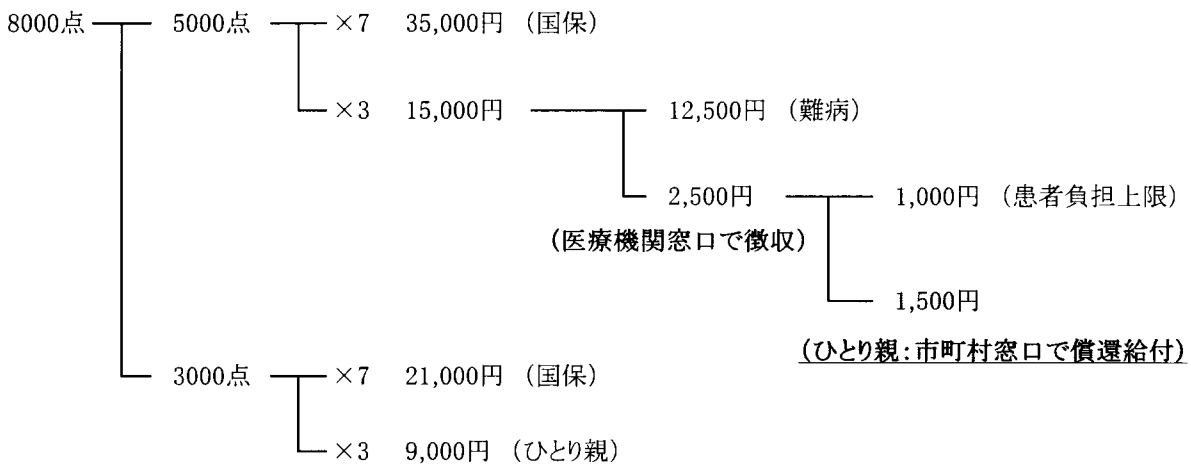
【記載例 8】請求点数が同点数の場合

○ 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 2公費 3後 4退職 5 6 7	3 3後 4退職 5 6 7	1 1単 2 3併 3併	2 2本 4外 4就 6前 6家 7外	8 8高 0外 7												
平成 年 月 分																												
市町村 番号										老人医療 の受給者 番号										保険者 番号	*	*	*	*	*	*	*	給付割合 1098 ⑦ ()
公費負担者番号①	5	4	3	6	*	*	*	*	*	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								
公費負担者番号②	4	9	3	6	*	*	*	*	*	公費負担 医療の受 給者番号②	*	*	*	*	*	*	*	*	*									
氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . . 生										特記事項	3者併用の場合、国の公費が優先されますので、公費負担者 番号①に国の公費負担者番号を記載し、公費負担者番号② に県単独事業公費負担者番号の記載をお願いします。																
職務上の事由	1職務上 2下船後																											
療 養 の 給 付	保 険	請 求 点	同点数の場合、公費②への請求は 発生しないので、公費②には【0】の 記載をお願いします。										減額 割(円)免除・支払猶予															
	公 費 ①	8,000	点	※	点	2,500	円																					
	公 費 ②	0	点	※	点		円	※高額療養費	円	※公費負担点数	点	※公費負担点数	点															

【記載例 9】請求点数に差がある償還給付の場合

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 医科	①社・国 2公費	3後期 4退職	1単独 2併 3併	2本外 4就学 6家外	8高外 0高外7
市町村 番号					*	*	*	*	1098
老人医療 の受給者 番号									⑦ ()
公費負担 者番号①	5:4	3:6	***	*	公費負担 医療の受 給者番号①	***	***	***	
公費負担 者番号②	4:9	3:6	***	*	公費負担 医療の受 給者番号②	***	***	***	
氏名	特記事項		3者併用の場合、国の公費が優先されますので、公費負担者番号①に国の公費負担者番号を記載し、公費負担者番号②に県単独事業負担者番号の記載をお願いします。						
1男 2女 1明 2大 3昭 4平	職務上の事由		1職務上 2下船後						
請求 点	8,000		請求点数に差がある場合は保険から公費① 該当点数を引いた点数の記載をお願いします。 この場合は【3,000】になります。						
公費① 給付	5,000		減額 割(円)免除・支払猶予		2,500				
公費② 付	3,000		※		※高額療養費 円 ※公費負担点数点 ※公費負担点数点				

《参考》公費54:難病との併用の場合は、償還給付となるため以下のようなになる



【記載例10】請求点数に差があり、現物給付の場合

○診療報酬明細書 (医科入院外)										都道府 医療機関コード 県番号		1 ①社・国 2 公費		3 後期 4 退職		1 単独 2 2併 3 3併		2 本外 4 就学 6 家外		8 高外 0 高外7	
平成 年 月 分										保険者 番号		* * * * *		* * * * *		* * * * *		10 9 8 ⑦ ()			
市町村 番号				老人医療 の受給者 番号				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									
公費負担者番号① 1:0 3:6 * * * * *				公費負担 医療の受 給者番号②				* * * * *				3者併用の場合、国の公費が優先されますので、公費負担者 番号①に国の公費負担者番号を記載し、公費負担者番号② に県単独事業負担者番号の記載をお願いします。									
公費負担者番号② 4:9 3:6 * * * * *				* * * * *				* * * * *													
氏名										特記事項		保 病 の 地 名 称									
職務上の事由 1 職務上 2 下船後																					
請求 点 1,890										請求点数に差がある場合は保険から公費① 該当点数を引いた点数の記載をお願いします。 この場合は【1,370】になります。											
療養の給付 公費① 520										減額 割(円)免除・支払猶予		円									
公費② 1,370										点 ※		点		1,000		円 ※ 高額		現物で「49」の対象額に対する、自己負担 額が1,000円を超えていることから、公費②一 部負担金には【1,000】の記載をお願いします。			

《参考》公費10:結核との併用の場合は、現物給付となるため以下のようなになる

