

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 医療機関コード 県番号		1 ①社・国 3 後期 1 単独 2 本外 8 高外一 医科 2 公費 4 退職 ②2 併 4 就学前 0 高外7 3 3 併 ⑥家外	
平成 年 月分										保険者 番号 * * * * *		給付割合 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		公費負担医療の受給者番号②		公費負担者番号①		公費負担者番号②		被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	
4 9 3 6		* * * *		* * * *		* * * *		* * * *		* * * *		被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	
氏名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . 生 職務上の事由 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害										特記事項 保険医療機関の所在地及び名称		「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。	
療 保 險 の 公 費 給 付	請求点	※	決定点	一部負担金額 ()		減額 割(円)免除・支子		※ 高額療養費 円		※ 公費負担点数 点		※ 公費負担点数 点	
	600							1,000					
	600												

【記載例 2】 医科・外来

○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 3 後期 1 単独 2 本外 8 高外一 医科 2 公費 4 退職 ②2 併 4 就学前 0 高外7 3 3 併 ⑥家外	
平成 年 月分										保険者 番号 * * * * *		給付割合 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		公費負担医療の受給者番号②		公費負担者番号①		公費負担者番号②		被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	
4 9 3 6		* * * *		* * * *		* * * *		* * * *		* * * *		被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	
氏名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . 生 職務上の事由 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害										特記事項 保険医療機関の所在地及び名称		「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。	
療 保 險 の 公 費 給 付	請求点	※	決定点	一部負担金額 ()		減額 割(円)免除・支子		※ 高額療養費 円		※ 公費負担点数 点		※ 公費負担点数 点	
	311							933					
	311												

【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	3後期	1単独	2本外	8高外一		
平成 年 月分												2公費	4退職	②併 33併	4就学前	6家外	0高外7		
市町村 番号					老人医療 の受給者 番号					保険者 番号		*	*	*	*	*	給付割合 ⑦ ()	10 9 8	
公費負担者番号 ①	4	9	3	6	*	*	*	*	*	被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号									
氏名	[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。																		
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3月以																		
摘要											請求 点数	1,000 点	合計	1,000 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	3後期	1単独	2本外	8高外一		
平成 年 月分												2公費	4退職	②併 33併	4就学前	6家外	0高外7		
市町村 番号					老人医療 の受給者 番号					保険者 番号		*	*	*	*	*	給付割合 ⑦ ()	10 9 8	
公費負担者番号 ①	4	9	3	6	*	*	*	*	*	被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号									
氏名	[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。																		
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3月以																		
摘要											請求 点数	333 点	合計	333 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 薬局コード 県番号		1 ①社・国 3 後 期 1 単 独 2 本 外 8 高 外 一 医 科 2 公 費 4 退 職 ② 2 併 4 就 学 前 家 外 0 高 外 7 3 3 併 ⑥ 家 外		給付割合 10 9 8 ⑦ ()	
平成 年 月 分										保険者 番号		* * * * *		給付割合 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 医療の受給者番号②		公費負担 医療の受給者番号①		公費負担 医療の受給者番号②		被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号			
氏 名		特 記 事 項		1 男 2 女 1 明 2 大 3 昭 4 平 . . . 生		1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害		調剤報酬明細書の場合、他の県単独事業同様、公費①一部負担金欄への記載は不要です。							
療 養 の 給 付		請 求 点 ※ 決 定 点		一部負担金額		減 額 割 (円) 受 払 猶 予		円		円		円		円	
保 険		1,000													
公 費 ①		1,000													
公 費 ②															

【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 一 医 科 2 公 費 4 退 職 ② 2 併 4 就 学 前 家 外 0 高 外 7 3 3 併 ⑥ 家 外		給付割合 10 9 8 ⑦ ()	
平成 年 月 分										保険者 番号		* * * * *		給付割合 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 医療の受給者番号②		公費負担 医療の受給者番号①		公費負担 医療の受給者番号②		被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号			
氏 名		特 記 事 項		1 男 2 女 1 明 2 大 3 昭 4 平 . . . 生		1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害		訪問看護ステーションの所在地							
訪 問 した 住 所		1 男 2 女 1 明 2 大 3 昭 4 平 . . . 生		1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害		「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。									
合 計		請 求 円 ※ 決 定 円		負 担 金 額		※高額療養費		円		円		円		円	
保 険		4,000													
公 費 ①		4,000		1,000		※公費負担金額		円		円		円		備考	
公 費 ②						※公費負担金額		円		円		円			

【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

平成 年 月 分

1	①社・国	3 後 期	1 単 独	2 本 外	8 高 外 一
医 科	2 公 費	4 退 職	② 2 併	4 就 学 前	0 高 外 7
			3 3 併	⑥ 家 外	

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
公費負担者番号①	4	9	3	6	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	⑦ ()	
公費負担者番号②																						

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

氏名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . 生

訪問した住所

職務上の事由 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害

特記事項 訪問看護ステーションの住所及び

「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。

合 計	保 険	請 求 円	※	決 定 円	負 担 金 額	※高額療養費
	公 費 ①	3,110				
	公 費 ②	3,110	円	※	円	円
					933	円
						円
						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

平成 年 月 分

1	①社・国	3 後 期	1 単 独	2 本 外	8 高 外 一
医 科	2 公 費	4 退 職	③ 3 併	4 就 学 前	0 高 外 7
				⑥ 家 外	

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
公費負担者番号①	5	4	3	6	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	⑦ ()	
公費負担者番号②	4	9	3	6	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

氏名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . 生

職務上の事由 1 職務上 2 下船後

特記事項 保 療 の 地 名 称

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。

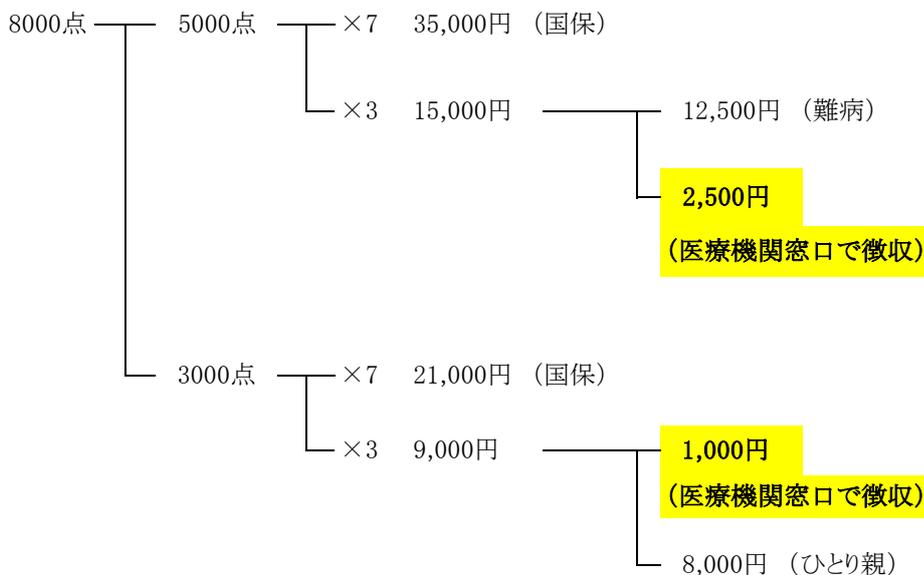
同点数の場合、公費②への請求は発生しないので、公費②には【0】の記載をお願いします。

療 養 の 給 付	保 険	請 求 点		減 額 割 (円) 免 除 ・ 支 払 猶 予	
	公 費 ①	8,000	点	※	点
	公 費 ②	8,000	点	※	点
					2,500

【記載例 9 訂正分】 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 医療機関コード 県番号		1 ①社・国 3 後期 1 単独 2 本外 8 高外一 医科 2 公費 4 退職 ③3併 ⑥家外 0 高外7	
平成 年 月分				給付割合 10 9 8	
市町村番号		老人医療の受給者番号		保険者番号	* * * * *
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・被保険者手帳の記号・番号	⑦ ()
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	* * * *	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。	
氏名	特記事項				
職務上の事由	1 職務上 2 下船後	請求点数		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。	
療養の給付	公費①	8,000点	減額割(円)免除・支払猶予	2,500円	
	公費②	3,000点	円	1,000円	※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



※医療機関窓口では、3,500円(2,500円+1,000円)を徴収する。その後、市町村窓口で難病分の 2,500円が償還払いとなる。

【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 3 後期 1 単独 2 本外 8 高外一 医科 2 公費 4 退職 ③ 3 併 ⑥ 家外 0 高外7								
平成 年 月 分										10 9 8		給付割合 ⑦ ()								
市町村										老人医療の受給者番号	保険者番号	*	*	*	*	*	*			
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										
公費負担者番号②	4	9	3	6	*	*	*	*	*											
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。								
性別	1男	2女	1明	2大	3昭	4平	生				年齢									
職務上の事由	1 職務上		2 下船後																	
請求点数	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								
療養の給付	公費②	1,370										円 ※ 高額	1,000							
										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になる

