

# 医療費請求書

|| 1: 提出する年月日を記載

令和 2 年 5 月 8 日

|| 2: 7桁で記載

県番号	表別	機関番号
2	3	3
1234567		

子ども  
障害者  
母子・父子家庭  
精神障害

精神障害者については、市町村により医療助成が異なっております  
※医療費請求書での請求は全疾病の市町村のみ対象となります

|| 3: 請求先市町村名を記載  
市町村ごとに作成  
※医療費受給者証の発行先の市町村名 例:名古屋市

A市 長様

医療機関所在地  
名称  
開設者氏名  
電話

|| 4(1): 地方厚生(支)局長に届け出た所在地、名称、開設者氏名、電話番号を記載

歯科

|| 5: 診療年月を記載

令和 2 年 4 月分を下記のとおり請求します。

|| 6: 市町村負担額の合計金額を記載  
ただし省略可

|| 11: 入院の場合、入を○で囲む

|| 7: 請求総件数(行数)を記載

|| 8: 市町村ごとに連記式医療費請求書が2枚以上の場合に記載

金額 17,836 円 請求総件数 6 件分 枚の内 枚

番号	受給者証番号	氏名	区分	総点数	結点数	精数	請求割合	市町村負担額	備考
1	* * * * *	国保太郎	入	500			2・1		
2	* * * * *	国保二郎	入	1,000			②・1	2,000	
3	* * * * *	愛知花子	入	6,000			2・1	10,000	難病
4	* * * * *		入	1,000			2①	1,000	
5	* * * * *	10: 姓名を記載	入	362			2・1	1,086	
6	* * * * *		入	1,000	300		2・1	2,250	
7							2・1		
8							2・1		
計				9,862点	300点			17,836 円	

|| 15: 福祉が助成する金額を記載  
※No2、No4、No5の場合  
総点数×請求割合の金額となります。  
その場合、No1のように記載の省略可

|| 14: 受給者の一部負担割合  
3割の場合 = 2・1に○で囲む必要なし  
2割の場合 = 2 を○で囲む  
1割の場合 = 1 を○で囲む

|| 13: 感染症法(結核)適正医療(37条2)の点数を記載

|| 12: 保険請求した点数を記載(レセプトの点数)

|| 9: 医療費受給者証の受給者番号を記載  
※名古屋市の場合、「名」「ー(ハイフン)」は記載しない  
※各市町村ごと、または福祉医療費制度ごとで受給者番号の桁数は異なります。

※ 特例退職被保険者は、その旨(特退等)国保特例の場合は特例と表示市町村名加入保険が国保月遅れ・返戻分の

|| 17: 請求書ごとの「件数」「総点数」の合計を記載

|| 17: 「市町村負担額」の合計を記載  
ただし省略可  
※この事例の場合、No1～No6の合計の金額



# 連記式医療費請求書の記載要領 記載例 ～備考欄について～

 子 ど も  
 障 害 者  
 精 神 障 害  
 母 子 ・ 父 子 家 庭  
 精 神 障 害

## 医療費請求書

令和 2 年 5 月 8 日

国  
保  
特  
例  
  
 社  
保  
・  
国  
保  
組  
合  
用

A 市 長様

県番号	表別	機 関 番 号
2	3	1
1234567		

医療機関所在地  
名 称  
開設者氏名

II 15(1)または16(1)  
 特例退職被保険者の場合、  
 (特退等)と記載

II 15(2)または16(2)  
 国民健康保険の加入保険者  
 と受給者証の発行先負担者  
 が異なる場合に記載  
 この事例の場合  
 国保加入保険者 B市  
 受給者証発行先 A市

医科、歯科、調剤  
の場合

電 話  
令和 2 年 4 月分を下記のとおり請求します。

金額 円 請求総件数 1 件

枚の内  
枚

番号	受給者証番号	氏名	総点数	結 算 点 数	精 算 点 数	請求割合	市町村負担額	備考
1	* * * * *		1,000			2・1		特退
	* * * * *		1,000			2・1		特例 B市
	* * * * *		2,000			2・1		医師組合
	* * * * *		500			2・1		平成30年12月分
	* * * * *		1,000			2・1	2,000	難病
	* * * * *		3,000			2・1	1,000	自立 1000点
	* * * * *		5,000			2・1	8,500	難病 3000点
	* * * * *		3,000			2・1	10,000	長
	* * * * *		8,000			2・1	20,000	長2
	* * * * *		40,000			2・1	81,430	28区ウ
	* * * * *		8,000			2・1	12,000	
	* * * * *		3,000			2・1	3,000	月の途中～ 福祉
25						2・1		
計								

II 15(5)または16(5)  
 公費併用の場合は「公費名」「公費に係る点数」を記載するが、この場合、  
 総点数と公費に係る点数が同じ為、点数の記載は省略  
 ※市町村負担額 2000円  
 難病の自己負担上限額 5000円の場合で、管理票での残額が3000円  
 ある為、総点数の2割分の2000円を記載

II 15(5)または16(5)  
 総点数と公費に係る点数が異なる為  
 「公費名」と「公費に係る点数」を記載  
 ※市町村負担額 1000円  
 自立支援 1000点の1割分を記載  
 ただし、管理票での残額が1000円未満の  
 場合は、その金額を記載  
 (注)この事例は、精神通院対のみ対象の場合

II 15(6)または16(6)  
 特定疾病療養受給者証の  
 自己負担限度額が  
 10000円・・・長 と記載  
 20000円・・・長2 と記載

II 15(7)または16(7)  
 高額療養費が  
 現物給付された場合に記載  
 ※市町村負担額  
 $80,100 + (400,000 - 267,000) \times 0.01 = 81430$

II 15(8)または16(8)  
 ※例 : 月の途中 4/20～ 福祉併用の場合  
 福祉併用 1000点×3割=3000 ...市町村負担額に記載  
 患者 2000点×3割=6000

※ 特例退職被保険者は、その旨(特退等)  
 国保特例の場合は特例と表示市町村名  
 加入保険が国保組合の場合は組合名

を必ず備考欄に記入して



連記式医療費請求書の記載要領 記載例

～備考欄について～

子ども  
障害者  
家庭  
医療費  
助成  
制度  
対象  
者  
の  
医療費  
請求書

医療費請求書

令和 2 年 5 月 8 日

国保特例  
社保・国保組合用

A 市 長様

県番号	表別	機関番号
2 3	1	1234567

医療機関所在地  
名称  
開設者氏名

医科、歯科、調剤の  
場合

令和 2 年 4 月分を下記のとおり請求します。

金額 円 請求総件数 件分 枚の内 枚

番号	受給者証番号	氏名	総点数	結精 点数	請求 割合	市町村負担額	備考
1	* * * * *		2,950		2・1	3,000	福祉対象1,000点
<p>II 15(8)または16(8) 総点数のうち、福祉対象外の算定対象がある場合</p> <p>例 PCR検査1950点(福祉対象外)を行い、総点数が2950点の場合 ・福祉対象点数: 2950点 - 1950点 = 1000点...備考欄に記載 ・市町村負担額: 1000点 × 3割 = 3000円...市町村負担額に記載</p>							
計			件	点	点	円	

※ 特例退職被保険者は、その旨(特退等)国保特例の場合は特例と表示市町村名加入保険が国保組合の場合は組合名 } を必ず備考欄に記入してください