

子ども
障害者

医療費請求書

II 1: 提出する年月日を記載

令和元年 9月 8日

II 2: 7桁で記載

県番号	表別	訪問看護ステーションコード
2	3	6
1234567		

II 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

訪問看護ステーション
の所在地及び名称
指定訪問看護事業者等氏名

II 4(1): 地方厚生(支)局長に届け出た所在地、名称、事業者氏名を記載

国保特例

社保・国保組合用

訪看

II 5: 診療年月を記載

令和 1 年 8 月分を下記のとおり請求します。

II 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

II 6: 市町村負担額の合計金額を記載
ただし省略可

金額 80,595 円 請求総件数 6 件分 枚の内 枚

II 7: 請求総件数(行数)を記載

番号	受給者証番号	氏名	金額	精算負担分	請求割合	市町村負担額	備考
1	* * * * *	国保太郎	50,000		2・1		
2	* * * * *	国保二郎	10,000		②1	2,000	
3	* * * * *	愛知花子	30,000		2・1	5,000	難病
4	* * * * *		100,000		2①	10,000	
5	* * * * *	II 10: 姓名を記載	36,982		2・1	11,095	
6	* * * * *		150,000	3,000	2・1	37,500	II 14: 福祉が助成する金額を記載 ※No2、No4、No5の場合 金額×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
7					2・1		
8					2・1		
II 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」(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。							
II 11: 保険請求した金額を記載(レセプトの金額)							
II 12: 感染症法(結核)適正医療(37条2)の点数を記載							
II 13: 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							
24					2・1		
25					2・1		
計			6件	376,982円	3,000点	80,595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を必ず備考欄に記入してください
加入保険が国保月遅れ・返戻分の

II 16: 請求書ごとの「件数」「金額」の合計を記載
但し、社会保険及び

II 16: 「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
 母 子・父 子 家 庭 精 神 障 害

医療費請求書

令和元年 9月 8日

国保特例

社保・国保組合用

A市 長様

県番号	表別	訪問看護ステーションコード
2	3	6
		1234567

訪問看護ステーション
の所在地及び名称
指定訪問看護事業者等氏名

Ⅱ 15(1)
特例退職被保険者の場合、
(特退等)と記載

Ⅱ 15(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

訪問看護の場合

令和 1 年 8 月分を下記のとおり請求します。

金額 円 請求総件数 1 件分

番号	受給者証番号	氏名	金額	精負担	請求割合	市町村負担額	備考
1	* * * * *		110,000		2・1		特退
	* * * * *				2・1		
	* * * * *		100,000		2・1		特例 B市
	* * * * *				2・1		
	* * * * *		20,000		2・1		医師組合
	* * * * *				2・1		
	* * * * *		50,000		2・1		平成28年12月分

Ⅱ 15(3)
国保組合被保険者の場合、組合名を記載

Ⅱ 15(4)
月遅れ請求の場合
診療年月を記載

Ⅱ 15(5)
公費併用の場合は「公費名」「公費に係る金額」を記載するが、この場合、金額(保険請求した合計金額)と公費に係る金額が同じ為、公費に係る金額の記載は省略
※市町村負担額 20,000円
難病の自己負担上限額 30,000円の場合で、管理票での残額が30,000円ある為、総点数の2割分の20,000円を記載

Ⅱ 15(5)
金額(保険請求した合計金額)と公費に係る金額が異なる為、「公費名」と「公費に係る金額」を記載
※市町村負担額 10,000円
自立支援 100,000円の1割分を記載
ただし、管理票での残額が10,000円未満の場合は、その金額を記載
(注)この事例は、精神通院のみ対象の場合

	* * * * *		100,000		2・1	20,000	難病
	* * * * *		300,000		2・1	10,000	自立 100,000円
	* * * * *		50,000		2・1	8,500	難病 30,000円

Ⅱ 15(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(5)
金額(保険請求した合計金額)と公費に係る金額が異なる為、「公費名」「公費に係る金額」を記載
※市町村負担額 8,500円
難病の自己負担上限額 10,000円の場合で、管理票の残額が2,500円ある場合、自己負担上限額の残額 2,500円と難病が併用しない金額20,000円の3割分を足した金額 2,500円+(20,000円×3)=8500

Ⅱ 15(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)×0.01 =81430

	* * * * *		35,000		2・1	10,000	長
	* * * * *		80,000		2・1	20,000	長2
	* * * * *				2・1		
	* * * * *		400,000		2・1	81,430	28区ウ
	* * * * *		80,000		2・1	12,000	
	* * * * *				2・1		
	* * * * *		30,000		2・1	3,000	月の途中～ 福祉

Ⅱ 15(8)
※例：月の途中 4/20～ 福祉併用の場合
福祉併用 10,000円×3割=3000・・・市町村負担額に記載
患者 20,000円×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