ひとり親家庭等医療費請求書

令和 ○ 年 ○ 月分下記のとおり請求する
 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

医療機関コード 1 2 . 3 4 5 6 . 7

旭川市長 様

医療機関等の
 所在地及び名称
 開設者氏名
 T E L

旭川市7条通10丁目
 旭川 ○ ○ 整骨院
 旭川 太郎
 0166-26-1111

区分	保険給付	件数	診療報酬請求総点数 (レセプトの総点数) 及び限度額等	一部負担金	請求事務手数料	区分	件数	診療報酬請求総点数 (レセプトの総点数) 及び限度額等	一部負担金
請求	⑦5 7割	4	24,634	1,686	880	決			
	⑦5 8割	1	3,000	0	220				
	⑦5 限度額								
	⑦7 長期高額								
	結・精								

請求事務手数料
220円/1件

親初の場合「初」を、親課の場合「課」を○で囲んでください。
 一部負担金は1円単位で記入してください。
 ※ 徴収金額ではありません。
 ※ 小数点以下は切り上げしてください。

「7割（小学生以上）」「8割（未就学児）」にそれぞれひと月の総医療費を記入してください。

訳

診療年月	受給者番号		入院 外来 区分	診療報酬請求総点数 (レセプトの総点数) 及び限度額			請求金額	一部負担金	備考
	患者氏名	⑦5 7割		⑦5 8割	⑦5 限度額	長期高額疾病			
① 1 9	0 2 3 4 5 6 7	旭川 太郎	入 外		3,000			初・課	
② 1 9	0 1 2 3 4 5 6	旭川 米男	入 外	3,000				初・課 270	
③ 1 9	0 4 5 6 7 8 9	豊岡 美子	入 外	9,772				初・課 978	
④ 1 9	0 5 6 7 8 9 0	旭川 一郎	入 外	2,090				初・課 209	
⑤ 1 9	0 6 7 8 9 1 2	神楽 仁太	入 外	9,772				初・課 708	270
			入・外					初・課	
			入・外					初・課	
			結・精					初・課	
			結・精					初・課	
			結・精					初・課	
小計			件数	4	1			1,686	
			点数及び金額	24,634	3,000				

「親初」で再診の場合、「初」を○で囲んでください。

「親初」で初診の場合、初診時一部負担金(270円)を○で囲んでください。

「親課」で初診かつ1割相当額が初診時一部負担金(270円)に満たない場合は、その金額がそのまま初診時一部負担金となるため、○で囲んで記入してください。
 (この場合は患者負担はありません。)

「親課」で初診の場合、1割から初診時一部負担金(270円又は270円に満たない場合はその金額)を引いた額が患者負担額です。この場合の初診時一部負担金は○で囲んで備考欄へ記入し、患者負担額を一部負担金欄に記入となります。

- ①：「親初」で再診の場合
- ②：「親初」で初診の場合
- ③：「親課」で再診の場合
- ④及び⑤：「親課」で初診の場合