様式第5号の1（第7条関係）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 15 | 23 |  | 有効期間 | 年　　月　　日から年　　月　　日まで |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  | 2 |  | 3 |  | 4 |  | 5 |  | 6 |  | 7 |  |
| 身障 | 重度 | ひとり親家庭 | 4歳未満(入院・通院) | 特定疾病 | 4歳～就学前(入院) | 精神 |

|  |
| --- |
| 特別医療費請求書（社会保険用） |
| 鳥取県 | 年　　月　　日 |  |
| 市町村コード | 4 |  |  |  |  | 9 |  | 医療機関コード | 10 |  |  |  |  |  | 16 |  |
| 様 | 医療機関等の所在地及び名称開設者氏名　　　　　　印 |
|  | 17　18　19　20　　　21　1年　　　月2 | 入院 | 診療分 | の診療行為は以下のとおりであることを証明し、特別医療費を下記のとおり請求します。 |  |
| 入院外 |
|  |
| 特別医療費受給資格証記号番号 |  | 22 |  |  |  |  |  | 28 | 受給者氏名 |  |
| 明・大・昭・平　　　　　　年生 |
| 被保険者証記号番号 |  |  | 保険種別 | 政健(日雇)　　組健　　船員　　共済 |
| 保険者名 | 番号 | 87 |  |  |  |  |  |  | 94 |
| 名称 |  |
| 特定疾病及び精神(通院)の医療機関名 |  | 特定疾病病名 |  |
| ①保険負担割合 | 297割　　　・　　　8割　　　・　　　9割　　　・　　　10割 |
| 入院 | 入院日数( 　　　　　　)日間年　　月　　日～年　　月　　日 | 入院外 | 診療日数（　　　）日間 |  |
| ②総点数 | 31 |  |  |  |  |  |  | 38点 | ③結予等公費負担点数 | 39 |  |  |  |  |  | 45点 |  |
| ④薬剤一部負担金 | 47円 |  |
| ⑤受給者支払額 | 52円 | 56通院530円×　　　回 | 58入院1,200円×　　回 | 62入院500円×　　　日 |
| ⑥標準負担額 | 64日 | 66円 |
| ⑦特別医療費請求額 | 72⑦＝｛(②－③)×(10－①)＋④＋⑥－⑤＋③×0.5円 | 決定請求額 | ※円 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※　81～98まで該当する項目すべてに○印を記入してください。長期の者は、自己負担額が10,000円を超える場合のみ、「83　長期」に○印を記入してください。 | 81 |  | 82 |  | 83 |  | 84 | 更正 |  | 85 | 育成 |  | 86 |
| 老人 | 退職 | 長期 | 高齢 |
| 公費15 | 公費16 |
|  |
| 95減額認定 |  | 96 | 在総診 |  | 97特定疾患公費51 |  | 983歳未満 |  |

(注)　1　該当する項目をもれなく記入してください。ただし、※決定請求額欄は記入しないでください。

2　制度「1　身障」、「2　重度」及び「7　精神」に該当する者(老人保健法による医療を受ける者を含む)は、受給者支払額が生じませんので、⑤受給者支払額欄は記入しないでください。

3　標準負担額の請求ができるのは、「標準負担額減額認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」の交付を受けている者のみです。

4　結予等公費負担に係る自己負担額は、1円未満切り捨てです。

5　特定疾病に該当する者の医療の場合は、②総点数欄には、受給資格証に記載されている特定疾病の治療のみの点数を記入してください。