



令和 年 月分 福祉医療費請求書（社保分）

福祉医療負担者番号

9	1	3	2				
---	---	---	---	--	--	--	--

福祉医療負担者名

令和 年 月 日

区分	件数	日数	点数	一部負担金額	02長 件数
入院①					
入院外②		1	2	537	
公費再掲	91	1	93		
	28	1	444	0	

公費28との併用で請求が不要な例
福祉医療（法別：28 検査併用）

70歳未満
福祉医療受給者
入院外
公費28320505併用
SARS-Cov-2抗原検出(定性)300点+判断料144点

1...本人入院 2...本人外来 3...未就学者入院 4...未就学者外来 5...家族入院 6...家族外来
7...高齢受給者医療一般・低所得者入院 8...高齢受給者医療一般・低所得者外来
9...高齢受給者医療7割給付入院 0...高齢受給者医療7割給付外来

福祉医療受給者番号	福祉医療対象者氏名	保険者番号	被保険者証記号番号	公費負担者番号①	公費受給者番号①	診療年月	本家入外	生年	給付割合	特記事項	日数	保険点数	公費①点数	公費併用時福祉点数	一部負担金額	公費①一部負担金額	控除額
1234567	国保 太郎	12345678	12345678	28320505	9999996	407	6	S51.02.01			2	537	444	93			

この症例は福祉の負担が発生しないため請求不要です

福祉自己負担上限額は医療費の1割
この症例では総医療費537点×10円×0.1=537円≒540円が上限となる。
窓口負担額280円は540円に満たないため、福祉負担はなし。

福

令和 年 月分 福祉医療費請求書 (社保分)

福祉医療負担者番号

9	1	3	2				
---	---	---	---	--	--	--	--

福祉医療負担者名

令和 年 月 日

区分	件数	日数	点数	一部負担金額	02長件数
入院①					
入院外②	1	1	2,310		
公費	91	1	843	2,310	
	28	2	1,467	0	
再掲					

4者併用記載例
福祉医療(法別:28 検査、宿泊・自宅療養併用)

70歳未満
福祉医療受給者
入院外
公費28320505併用
SARS-Cov-2抗原検出(定性)300点+判断料144点
公費28320604併用
処方箋料(68点)、一般名処方加算2(5点)、救急医療管理加算1(950点)

福祉医療受給者番号	福祉医療対象者氏名	保険者番号	被保険者証記号番号	公費負担者番号①	公費受給者番号①	診療年月	本家入外	生年月日	給付割合	特記事項	日数	保険点数	公費①点数	公費併用時福祉点数	一部負担金額	公費①一部負担金額	控除額
1234567	国保 太郎	12345678	12345678	28320505	9999996	407	6	S51.02.01	7		1	2,310	444				
				28320604	9999996								1,023	843			2,310
<div data-bbox="252 1128 1234 1361" data-label="Text"> <p>4者併用レセプトの場合(この症例では社会保険、第1公費28320505、第2公費28320604、第3公費91の4者併用)、2段書き願います。2段目には第2公費を記載いただきますが、福祉医療受給者番号等の記載は不要です。</p> </div>																	
1234567	国保 太郎	12345678	12345678	28320505	9999996	407	6	S51.02.01	7		1	2,310	444				
				28320604	9999996								1,023	2,310			2,310
<div data-bbox="1260 1559 1890 1621" data-label="Text"> <p>福祉点数は総点数の記載も可です。</p> </div>																	

総医療費の1割もしくは上限額を記載してください。

(乳幼) 令和 年 月分 乳幼児等医療費請求書 (社保分)

乳幼児等医療負担者番号

9	0	3	2	0	0	*	*
---	---	---	---	---	---	---	---

乳幼児等医療負担者名 〇〇〇 様

医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--

令和 年 月 日

保険医療機関の

区分	件数	日数	点数	一部負担金額	02長件数
入院①					
入院外②					
公費再掲	90				
	28				

5者併用の記載例
子ども医療(法別:28 検査、宿泊・自宅療養及び福祉併用)

入院外
 子ども医療及び福祉医療受給者
 公費28320505併用
 SARS-Cov-2抗原検出(定性)300点+判断料144点
 公費28320604併用

乳幼児等医療受給者番号	乳幼児等医療対象者氏名	保険者番号	被保険者証記号番号	公費負担者番号①	公費受給者番号①	診療年月	本家入外	生年月日	給付割合	特記事項	日数	保険点数	公費①点数	公費併用時乳幼児等点数	一部負担金額	公費①一部負担金額	控除額
6666666	〇〇 〇〇	12345678		28320505	9999996	0407	6	H30.5.5	7		3	2,500	444			0	
				28320604	9999996								1,023			0	
				91*****	*****								1,033	<空欄可>		2,500	0
2222222	〇〇 〇〇	12345678		28320505	9999996	0407	6	H30.5.5	7		3	6,500	444			0	
				28320604	9999996								1,023			0	
				91*****	*****								5,033	<空欄可>		6,000	0
2222222	〇〇 〇〇	12345678		28320505	9999996	0407	6	H30.5.5	7		3	1,600	444		90、91ともに負担が発生しないため 請求不要です		
				28320604	9999996								1,023				
				91*****	*****								133	<空欄可>			

乳幼 令和 年 月分 乳幼児等医療費請求書（社保分）

乳幼児等医療負担者番号

9	0	3	2	0	0	*	*
---	---	---	---	---	---	---	---

乳幼児等医療負担者名 ○○○ 様

医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--

令和 年 月 日

区分	件数	日数	点数	一部負担金額	02長件数
入院①					
入院外②					
公費再掲	90				
	28				

特記事項の記載例
子ども医療（公費15、福祉併用（マル長有））
 入院外
 福祉医療受給者（市町村民税非課税世帯に属する方）

「本家入外」欄
 3・・・未就学者入院 4・・・未就学者外来 5・・・家族入院 6・・・家族外来

乳幼児等医療受給者番号	乳幼児等医療対象者氏名	保険者番号	被保険者証記号番号	公費負担者番号①	公費受給者番号①	診療年月	本家入外	生年月日	給付割合	特記事項	日数	保険点数	公費①点数	公費併用時乳幼児等点数	一部負担金額	公費①一部負担金額	控除額
6666666	○○ ○○	01320019		1532****	*****	0407	6	H30.5.5	7	02	3	30,000	30,000		10,000	5,000	
6666666	○○ ○○			9132****	*7*****					29			30,000	30,000		1,000	0
6666666	○○ ○○	01320019		1532****	*****	0407	6	H30.5.5	7	02 29	3	30,000	<空欄可>		10,000	5,000	
6666666	○○ ○○			9132****	*7*****								<空欄可>	<空欄可>		1,000	0

特記事項が複数ある場合はすべて記載してください。

同点の場合、空欄の記載でも構いません。

電子請求ファイルレイアウト

No.	項目	バイト数	乳幼児等医療	福祉医療	説明
1	医療機関コード	固定 10	○	○	自機関の10桁コード (32T*****) T: 点数表区分 医科:1 歯科:3 調剤:4
19	特記事項	最大 8	△	△	02=長、16=長2、26=区ア、27=区イ、28=区ウ、29=区エ、30=区オ 等
31	福祉医療/乳幼児等医療 控除額	最大 5		△	福祉医療/乳幼児等医療の一部負担額（窓口徴収額）

これまで「固定 2」としていましたが、今後は「最大8」とします。
 特記事項が複数ある場合は連続入力願います。
 (例)「0229」