

特別医療費（併用レセプト方式）の請求方法について

調剤

鳥取県国民健康保険団体連合会

特別医療併用レセプト請求時の記載要領
(国保・調剤)

請求書

請求書の記載要領に準じて医療保険分は記載し、特別医療分は、「公費負担医療」欄に、事業（公費番号81から87）毎に記載。

明細書

明細書の記載要領に準じて、「公費負担者番号①」欄及び「公費負担者番号②」欄に、医療券等に記載されている公費負担者番号（特別医療は81から87）を法別番号順に記載する。

公費①公費②の請求点の項は明細書の記載要領に準じる。

「一部負担金額」の項は、調剤は、特別医療の「患者一部負担金額」が無いので空欄とする。

(注)

- 1 国保と特別医療費併用の高額療養費は、他の公費併用と異なり、平成18年3月以前と同様、所得区分に応じた取り扱いとする。（別添通知参照）
- 2 平成20年3月診療分以前の請求については、従前の特別医療請求書により、国保分・社保分ともに、できるだけ早く国保連合会へ請求してください。

平成 年 月分

調剤報酬請求書

保険者

保険薬局の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

(別記) 院

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

保険者番号	県番号	薬局コード
	31	

		件数	処方せんの 受付回数	点数	薬剤 一部負担金	一部負担金	※長	
国民健康保険	⑤ 一般被保険者 (70歳以上9割)	請求 02						
		※決定 04						
	一般被保険者 (70歳以上8割)	請求 12						
		※決定 14					※異	
	一般被保険者	請求 22	1		167			
		※決定 24						
	一般被保険者 (3歳未満)	請求 32						
		※決定 34						
	退職者	本人	請求 42					
			※決定 44					
		70歳以上 9割	請求 52					
			※決定 54					
		70歳以上 8割	請求 62					
			※決定 64					
被扶養者	請求 72							
	※決定 74							
3歳未満	請求 82							
	※決定 84					※原		
⑥ 老人保健	老人 9割	請求 02						
		※決定 04						
	老人 8割	請求 12						
		※決定 14						

老人原爆 件

⑦ 公費負担医療	87	請求 2	1		167		
		※決定 4					
		請求 2					
		※決定 4					
		請求 2					
		※決定 4					

※高額療養費	一般被保険者	件数		退職者	件数	
		金額			金額	

※印の欄は、記入しないこと。



1	2
5	2

有効期間	平成	年	月	日から
	平成	年	月	日まで

(現行)

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

特別医療費請求書

(国保用)

鳥取県
市町村コード **31001**

平成 年 月 日
医療機関コード **014**
医療機関等の所在地及び名称
開設者氏名
鳥取市 薬局

鳥取市長 様

平成 年 月 日
入院 診察分
入院外

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。

特別医療費 受給資格 記号番号	鳥	5	0	9	4	受給者 氏名	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 明・大・昭・(平) 17 年生
被保険者証 記号番号	33	保険種別	<input checked="" type="radio"/> 保 (退職者) <input type="radio"/> (国保)				
特定疾病及び 精神(通院)の 医療機関名		保険者名 番号 名称	310011				
① 保険負担割合	7割 <input type="radio"/> 8割 <input checked="" type="radio"/> 9割 <input type="radio"/> 10割 <input type="radio"/>						
入院 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	入院日数 ()日間	入院外 平成 年 月 日	診療日数 (1)日間				
② 総点数	31	38	③ 167	④ 結予公費負担点数	39	45	点
④ 薬剤一部負担金	47	円					
⑤ 受給者支払額	52	56	58	62	円 通院530円× 回 入院1,200円× 日 入院500円× 日		
⑥ 標準負担額	64	円 回 66					
⑦ 特別医療費 請求額	72 ⑦ = (② - ③) × (10 - ①) + ④ + ⑥ - ⑤ + ③ × 0.5			334	円	※ 決定額	円

※ 81~99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。
「95減額認定」は、標準負担額が生じる場合(注3参照)のみ、○印を記入してください。

81 老人	82 退職	83 長期	84 更生 公費15	85 育成 公費16	86 高齢
95 減額 認定	96 在総診	97 特定疾患 公費51	98 3歳 未満	99 精神 公費21	

- (注) 1. 該当する項目をもちろん記入してください。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. 「⑥標準負担額」が生じるのは、「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が、入院時食事療養を受けた場合のみです。
4. 結予公費負担(公費10)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。

市町村	老人受
公負① 87.3/001.7	公受① 5 0 9 4
公負②	公受②

保険者番号	310011	給付割合	8
記号・番号	33		

(改正後)

氏名	2女 4平 17. 生	特記事項	写
職務上の事由			

鳥取市:
 保険薬局の所在地及び名称
 薬局
 TEL:(0857):

医療機関	鳥取県鳥取市 クリニック	1 2 3 4 5	6 7 8 9 10	受保回数① ②	1回 回 回
------	-----------------	-----------------------	------------------------	------------	--------------

No.	医師番号	処方月日	調剤月日	処方 負担	医薬品名・規格・用量・剤形・用法	単位薬剤料点	調剤数量	調剤報酬点数			公費分点数	
								調剤料	薬剤料	加算料	①	②
1	1				【内服】 1日3回食後 (01)ピオフェルミン 1g	1	4	20	4			
2	1				【外用】 【1回1個3回分嘔吐時】 (01)ナウゼリン坐剤10 10mg 3個	22	1	10	22			

① 167点 × 10 × 0.8 = 1336円.....国保負担額
 ② 167点 × 10 × 0.2 = 334円.....特別医療負担額
 1670円.....費用額

摘要	※高額療養費					円
	※公費負担点数①					点
※公費負担点数②					点	
保険	請求	※決定	一部負担金額	基本料	時間外	薬学管理料
	167点	点	円	52点	0点	1指1薬1 59点
①	点	点	円	点	点	点
②	点	点	円	点	点	点