

令和 年 月分 診療年月を記入

医療費自己負担額支払明細書(薬局用)

沖縄県国民健康保険団体連合会 殿 社保・国保に関わらず、沖縄県国民健康保険団体連合会に提出する

医療機関所在地：
医療機関名称：
開設者：
電話：

下記のとおり送付する

令和 年 月 日

⑩自己負担額支払額は、受給者が窓口で支払った保険適用の額を記載

明細書が2枚以上にわたる場合は2枚目以降も押印する

印

機関区分	機関コード
1: 医療機関	
2: 施術機関	

レセに記載する医療機関番号を記載

該当番号を○で囲む

①事業	処方先医療機関コード	公費番号	特記事項	受給者番号	②種別	保険者番号	氏名(カナ)	④生年月日				③性別	⑤区分	⑥割合	⑦診療年月			⑧実日数	⑨合計点数(点)	⑩自己負担支払額(円)		備考
								号	年	月	日				年	月	日			⑪市町村負担額		
							全角カタカナで記入															
	処方箋を発行した医療機関番号を記載			受給者資格者証にある受給者番号10桁を記載		保険者番号が8桁未満の場合は右詰め																⑪市町村負担額は、現物給付した医療費助成額(市町村へ請求する額)を記載
							④生年月日の元号は次の区分で記載 昭和:3 平成:4 令和:5															⑩結核等、その他の国公費制度と併用の場合は、国制度に定める自己負担額を記載(国公費制度優先)
							④1桁の場合は0を記載 令和元年5月2日生まれの場合 →5010502															⑩合計点数は、レセプトで請求する医療保険適用の総点数を記載する
																						⑦診療年月: 取扱月分のときは記入しなくてよいが、月遅れのときは記入する。
																						⑧実日数: 実際に診療のあった日数を記入する。
																						⑨合計点数: レセプトで請求する医療保険適用の総点数を記入する。
																						⑩自己負担支払額: 受給者が窓口で支払った額(保険給付分のみ)
																						⑪市町村負担額: 現物給付した医療費助成額(市町村へ請求する額)を記入する。

※この明細書は、沖縄県国民健康保険団体連合会に提出する。

- ①事業: こども自動償還「1」、母子及び父子家庭等自動償還「2」、重度心身障がい者(児)自動償還「3」
こども現物給付「6」
- ②種別: 国保「1」 社保「2」 後期「3」 ③性別: 男「1」 女「2」 その他「3」
- ④生年月日: 昭和「3」平成「4」令和「5」 ⑤区分: 入院「1」 入院外「2」
- ⑥割合: 受給者自己負担割合「1」「2」「3」を記入する。

※請求書が2枚以上にわたる場合はNoを記入し、2枚目以降も捺印する。

⑦診療年月: 取扱月分のときは記入しなくてよいが、月遅れのときは記入する。

- ⑧実日数: 実際に診療のあった日数を記入する。
- ⑨合計点数: レセプトで請求する医療保険適用の総点数を記入する。
- ⑩自己負担支払額: 受給者が窓口で支払った額(保険給付分のみ)
- ⑪市町村負担額: 現物給付した医療費助成額(市町村へ請求する額)を記入する。

明細書が2枚以上にわたる場合は総枚数及び頁を記載

(頁/総枚数)

