

障 心身障害者医療費請求書

〔70歳以上〕用

※ただし、70歳未満であっても、後期高齢者医療の被保険者は、この請求書です。

01

保険医療機関
コード 99,9999,4

正確に記入してください。(7桁)

東京都知事殿
下記のとおり請求いたします
令和 / 年 9 月 9 日

診療年月 令和 / 年 8 月分

診療年月ごとに請求書を分けて
記入してください。

該当する番号を○で
囲んでください。

電話番号を忘れずに
記入してください。

医科	歯科	調剤	訪問看護
①	3	4	6

医療機関等所在地
名称 (電話)
開設者

内 訳

障	負担者番号 受給者証 受給者番号	保険者番号	受給者名	負担 割合	入院 外来別	診療 日数	請求額	総点数	一部負担金 相当額	備考
▶	80137XXXX	39XXXXXX	東京花子	1割① 2割② 3割③	入③ ・ 外④	10	2,000	2,000		I
▶	80137XXXX	0013XXXX	新宿太郎	1割① 2割② 3割③	入③ ・ 外④	20	24,600	50,000		II
▶	80136XXXX	06139999	日本一郎	1割① 2割② 3割③	入③ ・ 外④	10	40,000	20,000	20,000	3

障 心身障害者医療費助成制度の自己負担額は、裏面のとおりです。

〔記載上の注意〕

- ① 障 受給者証負担者番号・受給者番号欄は「障 受給者証」を確認の上、記入してください。
- ② 保険者番号欄は、「高齢受給者証」及び「後期高齢者医療被保険者証」を確認の上、桁及び記入の省略（「同上」「#」等）をしないで記入してください。
- ③ 負担割合欄は、該当する医療保険の自己負担割合に○をつけてください。
- ④ 入院・外来別欄は、該当項目番号に○をしてください（調剤薬局等、入院以外は「4」に○）。
- ⑤ 診療日数欄は、当該診療月の実際に診療した日数を記入してください（調剤薬局は処方回数）。
- ⑥ 請求額欄は、裏面を参照して次のとおりに入力してください。
 障 負担者番号が「80137***」の場合は、医療保険の一部負担金（他公費適用がある場合は、適用後の自己負担額）を記入してください。（1円単位でのご請求をお願いします。）
 障 負担者番号が「80136***」の場合は、医療保険の一部負担金（他公費適用がある場合は、適用後の自己負担額）から障 一部負担金相当額を差し引いた額を記入してください。
 ※後期高齢者は「80136***」との併用はありません。
- ⑦ 総点数欄は、当該診療月の総点数（訪問看護においては、金額）を記入してください。
- ⑧ 一部負担金相当額欄は、障 負担者番号が「80136***」の方の障 一部負担金相当額（裏面参照）（食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を除く）を記入してください。
- ⑨ 備考欄は、特定疾病・自立支援医療・都医療等他公費の自己負担額を障 で請求する場合に、それぞれ長・長②・更・精・公等を記入してください。
低所得Ⅰ・低所得Ⅱの方は、備考欄に適用区分（Ⅰ・Ⅱ）を記入してください。
- ⑩ 合計欄は、1件でも必ず件数、金額を記入してください。
また、請求書が複数枚にまたがる場合は、請求書ごとに合計件数・金額を記入してください。
- ⑪ 作成者欄には必ずご担当者様のお名前を記入してください。

請求書提出は
毎月10日必着
(10日が、土・日曜日・祝日の場合は、直前の平日)

〈請求書提出先・問い合わせ先〉
〒163-8001 東京都新宿区西新宿 2-8-1
東京都福祉保健局保健政策部医療助成課
TEL 03-5320-4286
FAX 03-5388-1437

⑨ 心身障害者医療費助成制度における一部負担金相当額

対 象	負担者番号 80136×××の方のみ
負担割合	総医療費の1割

【1ヶ月の上限額】

期 間	外 来	入 院
平成30年7月診療分まで	12,000円	44,400円
平成30年8月診療分～ 令和元年7月診療分まで	14,000円	57,600円 (多数回該当44,400円)
令和元年8月診療分から	18,000円	57,600円 (多数回該当44,400円)

※ 食事療養標準負担額 又は 生活療養標準負担額 は全て受給者の負担となります。

※ 後期高齢者は「80136×××」との併用はありません。