

東京都負担医療費請求書等（10名連記式）の作成について

1 10名連記式の種類

区分	請求書の種類
他道府県の国保又は他道府県の後期と ⑧82・87との併用	東京都負担医療費請求書（グリーン）
第一公費の患者負担分を ⑧82で助成する形での併用 ※国保に限る。社保の場合は、併用レセプト請求可	
他道府県の国保又は他道府県の後期と ⑧83との併用	難病医療費請求書（ブルー）
第一公費の患者負担分を ⑧83で助成する形での併用 ※国保に限る。社保の場合は、併用レセプト請求可	
介護保険と ⑧83との併用	介護給付費請求書（イエロー）

2 請求書の入手方法

上記様式が必要な方は、FAXにて注文してください。

注文の際は、別紙『都東京都負担医療費請求書』等（10名連記）注文用紙をお使いください。

3 請求書提出先及び問い合わせ先

〒163-8001 東京都 新宿区 西新宿 二丁目8番1号
東京都 福祉保健局 保健政策部 医療助成課 医療給付係 マル都担当
電話 03-5320-4454（直通）

東京都 東京都負担医療費請求書』等（10名連記）注文用紙

『東京都負担医療費請求書』等（10名連記）はこちらの注文用紙の太枠内に必要事項を御記入の上、FAXにて注文してください。（注文用紙は必要に応じてコピーしてください。）

<FAX送付先（送付状は不要です）>

FAX番号 03-5388-1437

東京都福祉保健局保健政策部医療助成課医療給付係マル都担当

1 注文内容（必要な請求書の枚数を記入してください。）

東京都負担医療費請求書（グリーン）	枚
難病医療費請求書（ブルー）	枚
介護給付費請求書（イエロー）	枚

2 送付先

【医療機関名】
【担当者名（所属課）】
【書類送付先住所等】 〒
電話番号
【通信欄】

<問い合わせ先>

東京都福祉保健局保健政策部医療助成課医療給付係マル都担当
電話 03-5320-4454（直通）

こちらから下の欄は、記入しないでください。

送付済みチェック	備 考