

レセプト記載例① 医科外来・子ども医療費助成（中学生 まで）

診療報酬明細書 (医科入院外)		都道府県 医療機関コード 県番号	1 1社・国 公費	3 3後期 4退職	1 1単独 2 2併 3 3併	2 2本外 4 4六外 6 6家外	8 8高外一 0 0高外7	
年 月 分		医療助成受給者番号を記載						給付割合 10 9 8 7 ()
公費負担者番号①	9 2 0 1 4 0 0 0	公費負担医療の受給者番号①	*****					被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②						
氏名	該当する公費負担者番号を記載 ・子ども：92014000 ・重度：47014006 ・ひとり親：95014007		事項 保険医療機関の所在地及び名称					
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害							(床)
傷病名	(1) (2) (3)	診療開始日	(1) (2) (3)	年 月 日	転院 治癒 死亡 中止 帰	診療中止日	診療実日数	保険診療公費① 公費②
請求点	1,250	減額割合(免除・支払猶予)	580					円
療養の給付		高額療養費	円	公費負担点数	点	公費負担点数	点	

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
2. ※印の欄、記入しないこと。

レセプト記載例② 医科入院・重度心身障がい者「障課」

様式第二(一)

診療報酬明細書 (医科入院)		都道府県番号	医療機関コード	1 医	1 社・国 公費	3 後期 4 退職	1 単独 2 併 3 併	1 本 3 六 5 家人	7 高入 9 高入				
年	月	分											
医療費助成受給者番号を記載	47014006		医療の受給者番号①	*****		給付割合	10.9%	7()					
公費負担者番号②	47014006		公費負担医療の受給者番号①	*****		被保険者証、被保険者手帳等の記号、番号							
区分	精神	該当する公費負担者番号を記載		記事項		保険医療機関の所在地及び名称							
氏名	1男 2女	<ul style="list-style-type: none"> 子ども：92014000 重度：47014006 ひとり親：95014007 											
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通訪災害												
傷病名	(1)	(2)	(3)	診療開始日	年	月	日	転	治ゆ	死亡	中止	診療実日数	日
												①公費②	
療養の給付	請求点	※	扶定	医療費助成適用後の患者負担額を記載		円	定	円	標準負担額	円			
保険の給付	75,000			医療費①	円	回	円	※	円			円	
				医療費②	円	回	円	※	円			円	

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
2. ※印の欄は、記入しないこと。

レセプト記載例③ 歯科外来・ひとり親家庭「親課」

診療報酬明細書

(歯科)

都道府県 医療機関コード
県番号

3 歯	1 社 2 公	3 後 4 期 退	職	1 2 3	単 2 独 併 3 併	2 4 6	本 外 6 家 外	8 高 外 0 高 外	7
--------	------------------	-----------------------	---	-------------	----------------------------	-------------	-----------------------	----------------------------	---

年 月 分

医療費助成受給者番号を記載										
公 負 者 番 号	9	5	0	1	4	0	0	7	給 付 者 番 号	* * * * *
被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号										

氏 名	1男2女1	特記事項	届出	保 険 者 の 所 在 地 記 号
職務上の事由	1職		補 管 歯 初 診	

該当する公費負担者番号を記載
 ・子ども：92014000
 ・重度：47014006
 ・ひとり親：95014007

傷 病 名 部 位	診 療 開 始 日	年 月 日
	診 療 実 日 数	日 (日)
	転 帰	治 癒 死 亡 中 止

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

医療費助成適用後の患者負担額を記載

摘 要	公費分請求 点数決定	点	各計	5,600	点
	患者負担額 (公費)	3,000	決定		点
	高額療養費		一部負担 額	減額 免除・支払済	円

レセプト記載例④ 調剤・子ども医療費助成（中学生まで）

都道府 薬局コード
県番号

○ 調剤報酬明細書

年 月分

医療費受給者番号を記載

4	1	社・国 公費	3	後 退	期 職	1	単 独	2	併 併	3	2	木 六 外 家 外	4	8	高 外 一 高 外 7
---	---	-----------	---	--------	--------	---	--------	---	--------	---	---	-----------------------	---	---	----------------------------

公費負担者番号①	9	2	0	1	4	0	0	0	公費負担 医療の受 給者番号①	*	*	*	*	*	*	*
公費負担者番号②																

保険者番号

被保険者証・被保険者
手帳等の記号・番号

氏名 男

職務上の事

該当する公費負担者番号を記載
・子ども：92014000
・重度：47014006
・ひとり親：95014007

特記事項

保険薬局の所在地及び名称

1	6	受 付 回 数	回
2	7		
3	8		
4	9		
5	10		

受付回数	公費①	公費②	回
			回
			回

保険	請求点	決定点	医療助成適用後の患者負担額が0円の場合は空欄	管理料	点
	500				
公費①	点	点	円	点	点
公費②	点	点	円	点	点

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
2. ※印の欄は、記入しないこと。

レセプト記載例⑤ 訪問看護・重度心身障がい者「老初」

○ 訪問看護療養費明細書		訪問看護ステーション		年 月 日		1 年 2 月 3 日		4 月 5 日		6 月 7 日		8 月 9 日		10 月 11 日	
<p>医療費助成受給者番号を記載</p>												1098			
<p>公費負担者番号 47014006</p>												*****		7 ()	
<p>公費負担者番号② *****</p>												<p>被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号</p>			
<p>氏名 男 2</p>												<p>訪問看護ステーション レセプトの住所記載 印名称</p>			
<p>該当する公費負担者番号を記載</p> <ul style="list-style-type: none"> 子ども：92014000 重度：47014006 ひとり親：95014007 															
<p>医療費助成適用後の患者負担額を記載 ※訪問看護の場合、「初」「課」ともに1割負担（限度額3,000円/月）</p>												3,000			
<p>保険料 50,000</p>		<p>請求額</p>		<p>支払額</p>		<p>支払割合 (%)</p>		<p>※公費負担金額</p>		<p>備考</p>					
								<p>※公費負担金額</p>							

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。 2. 空白の欄は、記入しないこと。

レセプト記載例⑥ 医科外来・重度心身障がい者「障初」・国公費負担医療併用（同点数）

様式第二（一）

○診療報酬明細書 (医科入院外)										都道府 医療機関コード 県番号		1 1社・国 3 後期 1 単独 2 本外 8 高外一 医科 2 公費 4 退職 3 3 併 6 家外 0 高外7	
平成 年 月 分										保険者 番号		給付割合 10 9 8 7 ()	
公費負担者番号① 5 4 0 1 0 0 0 0										公費負担医療の受給者番号①		△△△△△△△△	
公費負担者番号② 4 7 0 1 4 0 0 6										公費負担医療の受給者番号②		*****	
氏名										医療費助成受給者番号を記載			
職務上の事										該当する公費負担者番号を「公費負担者番号②」に記載 ・子ども：92014000 ・重度：47014006 ・ひとり親：95014007			
傷病名										診療開始日			
傷病名 (1)										(1) 年 月 日 転 治ゆ 死亡 中止 診療公費①公費②			
傷病名 (2)										(2) 年 月 日 転 治ゆ 死亡 中止 診療公費①公費②			
傷病名 (3)										(3) 年 月 日 転 治ゆ 死亡 中止 診療公費①公費②			
請求点※										54患者負担の上限額を記載			
9,555										一部負担金額			
減額 割 (円) 免除 支払猶予										5,000			
療養の給付										医療助成適用後の患者負担額が0円の場合は空欄			

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
2. ※印の欄、記入しないこと。

レセプト記載例⑦ 医科外来・重度心身障がい者「障課」・国公費負担医療併用（異点数）

様式第二（一）

○診療報酬明細書 (医科入院外)		都道府 医療機関コード 県番号	1 医科	1社・国 2公費	3後期 4退職	1単独 2併 3併	2本外 4六外 6家外	8高外一 0高外7		
年 月分		保険者 番号	給付割合 10 9 8 7 ()							
公費負担者番号①	5 4 0 1 0 0 0 0	公費負担医療の受給者番号①	△△△△△△△△							
公費負担者番号②	4 7 0 1 4 0 0 6	公費負担医療の受給者番号②	*****							
氏名		医療費助成受給者番号を記載								
職務上の事由		該当する公費負担者番号を「公費負担者番号②」に記載 ・子ども：92014000 ・重度：47014006 ・ひとり親：95014007								
傷病名	(1) (2) (3)	診療開始日	(1) (2) (3)	年 月 日	転院 日	治癒 日	死亡 日	中止 日	診療公費① 公費②	日
請求点数を異点数で記載		54患者負担の上限額を記載								
療養の給付	7,777	請求点数	7,500	決定点数	2,500	一部負担金	2,777			
公費②		公費54に係る一部負担金（公費①の負担金）と公費54を除いた市町村分②に係る患者負担額を合算した金額を記載								

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
2. ※印の欄、記入しないこと。

レセプト記載例⑧ 医科外来・ひとり親家庭等「親課」・国公費負担者医療併用（異点数）・院内処方

様式第二（一）

診療報酬明細書
(医科入院外)

都道府 医療機関コード
県番号

1	1社・国	3後期	1単独	2本外	8高外一
医科	2公費	4退職	22併	4六外	0高外7
			33併	6家外	
				10	9 8
				7	()

年 月分

公費負担者番号①	5	4	0	1	0	0	0	0	0	公費負担医療の受給者番号①	△	△	△	△	△	△	△
公費負担者番号②	9	5	0	1	4	0	0	7	公費負担医療の受給者番号②	*	*	*	*	*	*	*	

医療費助成受給者番号を記載

該当する公費負担者番号を「公費負担者番号②」に記載
 ・子ども：92014000
 ・重度：47014006
 ・ひとり親：95014007

氏名
1男 2女

傷病名	(1)	(2)	(3)	診療開始日	(1)	(2)	(3)	年	月	日	転	治	死	中	保	日
															険	
															公	
															費	
															①	
															公	
															費	
															②	

請求点数を異点数で記載

療養給付	請求点数	※	決	定	点	一部負担金額	円
	8,550						
	6,500	点	※		点	減額 割 門 免除 支払猶予	円
						5,000	
	8,550	点	※		点	※ 高額療養費 円	※ 公費負担点数 点
						6,000	※ 公費負担点数 点

公費54に係る一部負担金（公費①の負担金5,000円）と公費54を除いた市町村分②に係る患者負担額（8,550-6,500=2,050点 医療費助成後（1割負担）の患者負担額2,050円）を合算した金額が、医療費助成月限度額（院外処方3,000円/月、院内処方6,000円/月）を超える場合は限度額を記載

備考 1. この用紙は、日本工業規格JIS F 1001-1に基づき作成されたものであること。
2. ※印の欄、記入しないこと。

レセプト記載例⑨ 医科外来・重度心身障がい者「老課」・院内処方・後期高齢者（1割負担）

様式第二（一）

診療報酬明細書 (医科入院外)		都道府 医療機関コード 県番号		1 1社・国 3 後期 1 単独 2 本外 8 高外一 2 公費 4 退職 3 3 併 4 六外 0 高外7 6 家外		10 9 8 7 ()					
年 月 分				医療費助成受給者番号を記載							
公費負担者番号①	47014006	公費負担者の給付者番号	*****	被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号							
公費負担者番号②		公費負担者の給付者番号									
氏名	該当する公費負担者番号を記載 ・子ども：92014000 ・重度：47014006 ・ひとり親：95014007		特記事項	保険医療機関の所在地及び名称							
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害		(床)								
傷病名	(1)	診療開始日	(1)	年 月 日	転院	治癒	死亡	中止	診療実日数	保険公費①公費②	日
	(2)		(2)	年 月 日							日
	(3)		(3)	年 月 日							日
請求点	28,550	※	決定点	18,000	一部負担金額 円						
保険給付①公費①		点	※		減額 割 門 免除・支払猶予 円						
保険給付②公費②		点	※	6,000	医療費助成適用後の患者負担額を記載						

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
2. ※印の欄、記入しないこと。