

<div style="display: inline-block; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">43</div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">44</div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">45</div> 福祉及び子育て支援医療費請求書（調剤） 平成 年 月 分下記のとおり請求します。 平成 年 月 日										<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block; font-weight: bold;">記載例</div>										調剤薬局コード																									
No.	受給者氏名	保険種別	本・家	公費負担者番号			受給者番号			調剤年月		請求点数	※1 公費分患者負担額		※2 自己負担		公 長 表示の確認	4																											
1		1協2船3日 4共5組6自		4	5	2	6	5	0	1	4																																		
2		1協2船3日																																											
3	未就学者「4」 小学生「6」																																												
4		1協2船3日 4共5組6自																																											
5	事例 A	1協2船3日 4共5組6自	6	4	5	2	6	5	0	1	4	1	2	3	4	5	6	7	2	5	0	9	1,001	3,000																					
6		1協2船3日 4共5組6自																																											
7		1協2船3日 4共5組6自																																											
8	事例 B	1協2船3日 4共5組6自	6	4	5	2	6	5	0	1	4	1	1	1	1	1	1	1	2	5	0	9	999	2,997																					
9		1協2船3日 4共5組6自																																											
10		1協2船3日 4共5組6自																																											
11	事例 C	1協2船3日 4共5組6自	4	4	5	2	6	5	0	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	5	0	9	1,501	3,000																					
12		1協2船3日 4共5組6自																																											
13		1協2船3日 4共5組6自																																											
14	事例 D	1協2船3日 4共5組6自	4	4	5	2	6	5	0	1	4	1	1	1	1	1	1	1	2	5	0	9	1,499	2,998																					
15		1協2船3日 4共5組6自																																											
※ 記載上の注意は、裏面をご覧ください。				請求合計																																									
				決定合計																																									

京都市子ども医療費受給者証（独自証・さくら色）
 3～12歳の通院医療費
 45265014～45265162の行政区番号

レセプト単位になりますので、
 処方箋発行医療機関が複数あれば複数行にわたって記載が必要になります。

本・家「6」の場合 1,001点×3割>3,000円
 負担上限額3,000円を記載

本・家「6」の場合 999点×3割<3,000円
 1円単位まで記載

本・家「4」の場合 1,501点×2割>3,000円
 負担上限額3,000円を記載

本・家「4」の場合 1,499点×2割<3,000円
 1円単位まで記載

<記載上の注意>

- ① この請求書は、被用者保険と併用の 43 重度心身障害児（者）医療 及び 44 ひとり親家庭医療並びに 45 子育て支援医療の場合に使用してください。
- ② 「本・家」欄には、1：本人入院（1本入）・2：本人外来（2本外）・3：未就学者入院（3六入）・4：未就学者外来（4六外）・5：家族入院（5家入）・6：家族外来（6家外）・7：高齢受給者入院（7高入一）・8：高齢受給者外来（8高外一）・9：高齢受給者7割給付入院（9高入7）
0：高齢受給者7割給付外来（0高外7）となりますので、該当の番号を記載してください。
- ③ ※1 「公費分患者負担額」欄は、三者併用の場合の一部負担額がある場合のみ記載してください。
- ④ ※2 「自己負担」欄は、受給者証に記載されている一部負担金を確認の上、（自己負担額が無い場合は0円）記載してください。
- ⑤ 高額療養費または特定疾病療養受療に該当するものは、医療保険の調剤報酬明細書の特記事項欄に「公」または「長」、「長2」と表示するとともに、本請求書の「公 長 表示の確認」欄にも 公 または 長、長 2 と表示してください。
- ⑥ 感染症法37条の2（法番10）との併用については「公 長 表示の確認」欄に 10 と記載し、「公費分患者負担額」欄には、公費分点数×5%の額（1円の位を四捨五入し、10円単位で記載する）を記載してください。また、結核にかかる医療（公費分点数）以外の点数については別段に記載してください。
- ⑦ 障害者総合支援医療（法番15）（法番16）（法番21）（法番24）（法番79）との併用については、公 長 表示の確認」欄に 15 16 21 24 79 と記載してください。
- ⑧ 被用者保険の被保険者（本人）が月の途中で75歳に到達した月（特例月）の自己負担限度額は1/2となります。なお、被用者保険の被保険者（本人）が月の途中で75歳に到達した月に被扶養者が療養を受けた場合についても、同様に自己負担限度額が1/2となります。
また、当該月については、特定疾病 長 や公費負担額についても同様の取扱いとなりますので、それぞれ公費分患者負担額欄に記載してください。
- ⑨ 処方箋発行医療機関コード欄については、処方箋を発行した保険医療機関の所在する都道府県番号、点数表番号（医科は1、歯科は3）及び医療機関コードを処方箋に基づいて記載してください。
- ⑩ 請求合計欄には、調剤薬局の合計を記載してください。