

6 都 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) 都 東京都負担医療費請求書」等の提出先及び種類

※ 請求書が必要な場合又は記載方法等詳細については、下記各送付先にお問合せください。

※ 請求の際には、必ずレセプトの写しを添付してください。93133007（精神通院医療）については、自己負担上限額管理票の写しも添付してください。

請求書送付先住所	163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号 (こちらの住所の下記各送付先まで送付してください。)
----------	--

負担者番号等	請求書の種類	請求書送付先	電話番号
<ul style="list-style-type: none"> ・82134008 (小児精神・被ばくの子に対する医療) ・82138009 (特殊医療：人工透析) ・87136008 (妊娠高血圧症候群等) 注 ※都外医療機関のみ	東京都負担医療費請求書 (グリーン)	東京都福祉局 生活福祉部医療助成課 医療給付担当 (マル都担当)	03-5320-4454
<ul style="list-style-type: none"> ・83136010 (難病：都単) ※都外医療機関のみ	難病医療費請求書 (ブルー)		
<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険と83との併用 	介護給付費請求書 (イエロー)		
<ul style="list-style-type: none"> ・82137001、82137555 ・82137530、82137670 (大気汚染関連疾病) ※都外医療機関のみ	大気汚染関連疾病医療費請求書 (グレー)		
93137008 (結核一般医療) ※都外医療機関のみ	東京都負担医療費請求書 (白)		
93133007 (精神通院医療) ※都外医療機関のみ	東京都負担医療費請求書 (レモン)	東京都福祉局 障害者施策推進部 精神保健医療課 生活支援担当	03-5320-4464

(注) 妊娠高血圧症候群等を東京都に請求していただくのは、東京都の市町村(保健所政令市を除く)に住所を有している方のみです。特別区及び保健所政令市はそれぞれ各区及び保健所政令市に請求することになります。

【都内医療機関による請求】

都内医療機関であっても、以下の場合は併用レセプトによる請求ができないため、各負担者番号にあわせて10名連記式の請求書により請求する必要があります。

- ①他道府県国保・後期高齢との併用(併用レセプトでの請求不可)。
- ②第一公費の患者負担分を82・83で助成する場合の併用(国保・後期高齢に限る。社保は併用レセプトでの請求が可能)

都 東京都負担医療費請求書（グリーン10名連記）について

1 この請求書で請求できる負担者番号

以下により、**都**医療費を請求する場合は、次ページの請求書を使用してください。

区 分	負担者番号	(注) 都内医療機関は以下の場合に限る
都 小児精神病	82134008	・他道府県の国保・後期高齢との併用 ・第一公費での患者負担分を都82で助成する形での併用 (国保・後期に限る。社保の場合、併用レセプト請求可)
都 被爆の子に対する医療		
都 特殊医療（人工透析）	82138009	
都 妊娠高血圧症候群等	87136008	

※平成30年4月請求分より大気汚染関連疾病は別用紙（グレー10名連記）を使用。

2 請求書の書き方

請求書は、診療・調剤年月ごとに別用紙としてください。また、内訳はレセプト単位で記入してください。

- ① 診療・調剤年月欄は、1枚ごとに記入してください。
- ② 医療機関等コード欄は、レセプトに表記する7桁の番号を1枚ごとに記入してください。
- ③ **都**負担者番号・受給者番号欄は、1件ごとに**都**医療券等に記載されている番号を記入してください。
- ④ 保険者番号欄は、健康保険等の**保険者番号**を記入してください。記号・番号は、記入不要です。
- ⑤ 負担割合欄及び入院外来別欄は、1件ごとに該当するものを○で囲んでください。調剤薬局では、外来を○で囲んでください。
- ⑥ 診療日数欄は、入院又は外来日数を記入してください。調剤薬局では、**処方せんの受付回数**を記入してください。
- ⑦ 請求額欄上段は、各種健康保険（高額療養費の適用区分をオンライン資格確認又は資格確認書等（以下、「オンライン等」という。）により確認した場合はそれも含む）、又は他の医療費助成を適用した患者自己負担額を記入してください。

82138009の**都**医療券等は、特定疾病療養受療証(長)を適用後の10,000円までが助成対象（特定疾病療養受療証(長)の限度額が20,000円の方であっても、**助成額は10,000円まで**）となります。請求額欄には10,000円までを記入してください。請求書の備考欄にも**長**と記入し、保険請求のレセプト特記事項欄にも「02長」又は「16長2」と表示をしてください。

高額療養費の適用区分をオンライン等で確認したことにより高額療養費を現物給付した場合は、該当する区分に応じた自己負担限度額を請求額欄に記入し、備考欄に適用区分をオンライン等に記載されているとおり記入してください。

70歳以上で負担割合が1割又は2割（高額療養費の適用区分が「I」又は「II」であることを確認した場合を除く）の方は、自己負担限度額（例：外来18,000円、入院57,600円）以下の金額を記入してください。

- ⑧ 公費点分数欄は、**都**医療券等に記載された認定疾病及び有効期間内の点数を記入してください。
- ⑨ 請求金額は、1円単位までの請求とし、合計欄は、1枚ごとの合計件数と合計金額を記入してください。

3 請求書の提出方法等

- ① 請求書に必ず**保険請求したレセプトの写しを添付してください。**
- ② 診療月の翌月10日（10日が土日祝日の場合は直前の平日）までに下記提出先に到着するよう送付してください。
なお、請求書の用紙が不足する場合は注文用紙を下記アドレス宛メールで送付ください。

【アドレス】 S1140404@section.metro.tokyo.jp

※注文用紙はこちら↓からダウンロードください

<https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/keiyakuyoushiki.html>

4 請求書の提出先

〒163-8001 東京都 新宿区 西新宿 二丁目8番1号

東京都 福祉局 生活福祉部 医療助成課 医療給付担当（マル都担当） TEL 03-5320-4454

都

東京都負担医療費請求書(グリーン10名連記)記入例

東京都負担医療費請求書

医療機関コードを記入

医療機関等
コード

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

診療年月ごとに

東京都知事 殿

診療・調剤年月

令和7年5月分

該当する数字
に○を

下記のとおり請求します。
令和7年6月4日

担当者名を記入又は押印

内科	歯科	調剤	看護
○	3	4	6

医療機関等所在地
名称(電話)
開設者

○○○○○○○○○○○○○○○○
○○○○○○○病院
担当者 ○○○

・どちらかに○して下さい。

内 訳

入院又は
外来回数

No.

レセプトの特記事項
にあわせ「02
長」又は「16長2」
と記入

負担者番号、
受給者番号
(7桁)を記入

負担者番号 受給者番号	保険者番号	患者氏名	負担 割合	入院又は 外来回数	診療 日数	請求 食事療養費 標準負担額	公費 分点数	点	透析
82138009 1111111	○○○○○	△△△△△	1割 2割 3割	入(3) 外(4)	10	10,000 食・生	6,251	02長	透析①
82138009 2222222	○○○○○	○○○○○	1割 2割	入(3) 外(4)	13	10,000 食・生	45,924	16長2	透析②
82138009 3333333	○○○○○	○○○○○	3割	外(4)	13	8,000 食・生	39,118	II	透析③
82138009 4444444	○○○○○	○○○○○	1割 2割 3割	入(3) 外(4)	1	8,619 食・生	2,873		透析④
82138009 5555555	○○○○○	○○○○○	1割 2割 3割						

特定疾病療養受療証(長)より
自己負担限度額が低い、限度額適
用認定証(区分II)を適用します。

請求額は円単位で記入
例: 2,873点 × 3割 = 8,619円

総点数のうち、公費
対象点数を記入

「8213...」から始まる 都 医療券は、食事療養標準負担額等は助成対象外

高額療養費を現物給付した場合は、限度額適用
認定証等の適用区分を記入

入院、外来
別に記入す
る

82134008 6666666	○○○○○	×××××	1割 2割 3割	入(3) 外(4)	10	96,486 食・生	190,561	ウ	
82134008 6666666	○○○○○	△△△△△	1割 2割 3割	入(3) 外(4)	5	18,000 食・生	18,543		

70歳以上1割又は2
割負担の方は外来
上限18,000円まで
(限度額適用認定証等
の提示がない場合に
限る)

■特殊医療(人工透析)の例

- ① 特定疾病療養受療証の自己負担限度額が10,000円の場合
- ② 特定疾病療養受療証の自己負担限度額が20,000円の場合 **都からの助成は10,000円まで**
(都助成額10,000円 患者自己負担額10,000円 「16長2」はレセプト特記事項欄にも記入)
- ③ 限度額適用認定証等(低所得II)の提示があり、高額療養費を現物給付した場合 **都の助成額は8,000円まで**
- ④ 患者一部負担額が10,000円未満の場合

レセプトが複数ページにわたる場
合は、すべてのページを添付

合計を記入

9999999	合計	9 件	154,490 円
---------	----	-----	-----------

(注) 1 請求書に、レセプトの(写)を添付してください。

2 請求書は、診療・調剤年月ごとに別用紙にしてください。

【薬局(調剤)の場合の留意点】

- ①入院外来欄は「外来」に○を
- ②診療日数欄は「処方箋受付回数」を記載

難病医療費請求額の計算方法（法別 83）

難病医療費の請求額は次の計算式により算出します。

健康保険の自己負担額－公費の自己負担額

法別 54 と同様、健康保険の自己負担割合 3 割の方は、公費の自己負担は 2 割になります。

また、公費の自己負担は、すべての医療機関で負担した公費対象の自己負担額を合算して上限額に達した時点でストップしますので、医療券を提示された場合は、必ず自己負担上限額管理票の提示を求め、医療機関の窓口で支払った医療費の記入をお願いします。

【計算事例】

※ 自己負担上限額は、いずれも 10,000 円とします。

1 70 歳未満（保険自己負担割合 3 割）の方

(1) 診療点数 2,500 点、他の医療機関での負担がない場合

$$\text{請求額} = 7,500 \text{ 円} (2,500 \text{ 点} \times 3) - 5,000 \text{ 円} (2,500 \text{ 点} \times 2) = \underline{2,500 \text{ 円}}$$

自己負担限度額に達していないが、公費の自己負担が 2 割のため 1 割が請求額となる

(2) 診療点数 2,500 点、窓口負担 2,000 円の場合

$$\text{請求額} = 7,500 \text{ 円} (2,500 \text{ 点} \times 3) - 2,000 \text{ 円} = \underline{5,500 \text{ 円}}$$

途中で自己負担上限額に達した場合など

(3) 診療点数 30,000 点、限度額適用認定証（区分ウ）提示、他の医療機関での負担がない場合

$$\text{請求額} = 80,430 \text{ 円} - 10,000 \text{ 円} = \underline{70,430 \text{ 円}}$$

限度額適用認定証が提示された場合、該当する区分の自己負担額となる

(4) 診療点数 30,000 点、限度額適用認定証提示なし、他の医療機関での負担がない場合

$$\text{請求額} = 90,000 \text{ 円} - 10,000 \text{ 円} = \underline{80,000 \text{ 円}}$$

限度額適用認定証の提示がないため、3 割の額となる

2 70 歳以上の方

(1) 自己負担 2 割、外来、診療点数 15,000 点、限度額適用認定証提示なし、他の医療機関での負担がない場合

$$\text{請求額} = 18,000 \text{ 円} - 10,000 \text{ 円} = \underline{8,000 \text{ 円}}$$

高額療養費が現物給付されるため

(2) 自己負担 3 割、入院、診療点数 50,000 点、限度額適用認定証提示（区分Ⅳ）提示、医療費窓口負担 6,000 円の場合

$$\text{請求額} = 82,430 \text{ 円} - 6,000 \text{ 円} = \underline{76,430 \text{ 円}}$$

難病医療費請求書（ブルー10名連記）について

1 この請求書で請求できる負担者番号

以下により、**都**医療費を請求する場合は、次ページの請求書を使用してください。

区 分	負 担 者 番 号	(注) 都内医療機関は以下の場合に限る
都 難病医療 (都単)	8 3 1 3 6 0 1 0	・他道府県の国保・後期高齢との併用 ・第一公費の患者負担分を 都 83で助成する形での併用 (※国保・後期に限る。社保の場合は、併用レセプト請求可)

2 請求書の書き方

請求書は、診療・調剤年月ごとに別用紙としてください。また、内訳はレセプト単位で記入してください。

- ① 診療・調剤年月欄は、1枚ごとに記入してください。
- ② 医療機関等コード欄は、レセプトに表記する7桁の番号を1枚ごとに記入してください。
- ③ **都**負担者番号・受給者番号欄は、1件ごとに**都**医療券等に記載されている番号を記入してください。
- ④ 保険者番号欄は、健康保険等の**保険者番号**を記入してください。記号・番号は、記入不要です。
- ⑤ 負担割合欄及び入院外来別欄は、1件ごとに該当するものを○で囲んでください。調剤薬局では、外来を○で囲んでください。※負担割合は各種健康保険の自己負担割合です。
- ⑥ 診療日数欄は、入院又は外来日数を記入してください。調剤薬局では、**処方せんの受付回数**を記入してください。
- ⑦ 請求額欄上段は、各種健康保険（高額療養費の適用区分をオンライン資格確認又は資格確認書等（以下、「オンライン等」という。）により確認した場合はそれも含む）、又は自立支援医療若しくは小児慢性疾患を適用した患者自己負担額から一部負担金相当額欄に記入した額を差し引いた額を記入してください（請求額の計算事例は別紙を参照してください）。
- ⑧ 70歳以上で負担割合が1割又は2割（高額療養費の適用区分がI又はIIであることを確認した場合を除く）の方は、自己負担限度額（例：外来18,000円、入院57,600円）以下の金額を記入してください。
- ⑨ 公費点数欄は、**都**医療券等に記載された認定疾病及び有効期間内の点数を記入してください。
- ⑩ 一部負担金相当額欄は、医療機関等で受給者が負担した金額（自己負担上限額管理票の自己負担額欄と同額）を記入してください。
- ⑪ 高額療養費の適用区分をオンライン等で確認したことにより高額療養費を現物給付した場合は、備考欄に適用区分を記入してください。
- ⑫ 各種健康保険の計算は、1円単位までとし、合計欄は、1枚ごとの合計件数と合計金額を記入してください。

3 請求書の提出方法等

- ① 請求書に必ず**保険請求したレセプトの写し**を添付してください。
- ② 診療月の翌月10日（10日が土日祝日の場合は直前の平日）までに下記提出先に到着するよう送付してください。
なお、請求書の用紙が不足する場合は注文用紙を下記アドレス宛メールで送付ください。

【アドレス】 S1140404@section.metro.tokyo.jp

※注文用紙はこちら↓からダウンロードください

<https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/keiyakuyoushiki.html>

4 請求書の提出先

〒163-8001 東京都 新宿区 西新宿 二丁目8番1号

東京都 福祉局 生活福祉部 医療助成課 医療給付担当（マル都担当） TEL 03-5320-4454

難病医療費請求書(ブルー10名連記)記入例

難病医療費請求書

医療機関コードを記入

医療機関等
コード

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

診療年月ごとに
別用紙で作成

東京都知事 殿

診療・調剤年月 令和7年5月分

下記のとおり請求します。
令和 7年 6月 4日

担当者名を記入又は押印

該当する
数字に○

医科	歯科	調剤	看護
①	3	4	6

・いずれかに○して下さい。

医療機関等所在地
名称(電話) ○○○○○○病院
開設者 ○○○○○○ 担当者名 ○○○

難病

内 入院又は
外来回数

No.

負担者番号、
受給者番号
(7桁)を記入

入院、外来別
に記入する

負担者番号 受給者番号	保険者番号	患者氏名	負担 割合	診療 日数	請求額 食事療養・ 生活療養標準負担額	公費 負担額	備考
83136010	○○○○○	○○○○○	1割 2割 3割	入(3) 外(4)	2,576 円	5,140	受給者が負担した 額を記入
11111111	○○○○○	○○○○○	1割	入	食・生	2,572	総点数のうち、公費対 象点数を記入
83136010	○○○○○	○○○○○	1割	入	83,959 円	165,293	請求額は円単位で記入 例: 2,572点×3割-5,140円=2,576円
22222222	○○○○○	○○○○○	1割 2割 3割	入(3) 外(4)	10	10,000	
83136010	○○○○○	○○○○○	1割 2割 3割	入(3) 外(4)	10	165,293	

「83136010」の医療券は、**食事療養標準負担額等は助成対象外**

高額療養費を現物給付した場合は、**限度額適用認定証等の適用区分**を記入

83136010	○○○○○	×××××	1割 2割 3割	入(3) 外(4)	49,240 円	296,384	8,360
44444444	○○○○○	××○○○	1割 2割 3割	入(3) 外(4)	5,500 円	9,725	2,500
83136010	○○○○○	△△△△△	1割 2割 3割	入(3) 外(4)	8,140 円	8,140	16,280
55555555	○○○○○	△×△×△	1割 2割 3割	入(3) 外(4)	33,049 円	12,623	4,820
83136010	○○○○○	△×△×△	1割 2割 3割	入(3) 外(4)	3,744 円	3,744	0
66666666	○○○○○	△×△×△	1割 2割 3割	入(3) 外(4)	3,744 円	3,744	0

【薬局の場合の留意点】

- ①入院外来欄は「外来」に○をしてください。
- ②診療日数欄は「処方箋受付回数」を記載してください。

レセプトが複数ページにわたる場合は、すべてのページを添付

99999999	99	合計	10 件	200,000 円
----------	----	----	------	-----------

(注) 1 請求書に、レセプトの(写)を添付してください。

2 請求書は、診療・調剤年月ごとに別用紙にしてください。

3 負担者番号が、「83135012」の場合は、食事療養負担額又は生活療養標準負担額(食費のみ)の5割が助成対象となります。

この場合、食・生 欄は、食事療養標準負担額は食に、生活療養標準負担額は生に○印を付け、金額を記入してください。

合計を記入

介護給付費請求書（イエロー10名連記）について

1 この請求書で請求できる負担者番号

以下により、介護給付費を請求する場合は、次ページの請求書を使用してください。

区 分	負担者番号
㊦ 難病医療（都単）	83136010

2 請求書の書き方

請求書は、介護年月ごとに別用紙としてください。また、内訳はレセプト単位で記入してください。

- ① 介護年月欄は、1枚ごとに記入してください。
- ② 医療機関等コード欄は、各種医療保険のレセプトに表記する7桁の番号を1枚ごとに記入してください。
- ③ ㊦ 負担者番号・受給者番号欄は、1件ごとに㊦ 医療券等に記載されている番号を記入してください。
- ④ 保険者番号欄は、介護保険被保険者証の保険者番号を記入してください。保険証の被保険者番号は、記入不要です。
- ⑤ 負担割合欄及び施設在宅別欄は、1件ごとに該当するものを○で囲んでください。
- ⑥ 実日数欄は、介護サービスを行った実日数を記入してください。
- ⑦ 単位数単価欄は、該当する介護サービスの単価を記入してください。
- ⑧ 請求額欄は、介護保険の患者自己負担額から一部負担金相当額欄に記入した額を差し引いた額を記入してください。
- ⑨ 公費対象単位数欄は、㊦ 医療券等に記載された認定疾病及び有効期間内の単位数を記入してください。
- ⑩ 一部負担金相当額欄は、医療機関等で受給者が負担した金額（自己負担上限額管理票の利用者負担額欄と同額）を記入してください。
- ⑪ 介護保険の計算は、1円単位までとし、合計欄は、1枚ごとの合計件数と合計金額を記入してください。

3 請求書の提出方法等

- ① 請求書に必ず保険請求したレセプトの写しを添付してください。
- ② 診療月の翌月10日（10日が土日祝日の場合は直前の平日）までに下記提出先に到着するよう送付してください。
なお、請求書の用紙が不足する場合は注文用紙を下記アドレス宛メールで送付ください。
【アドレス】 S1140404@section.metro.tokyo.jp
※注文用紙はこちら↓からダウンロードください
<https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/keiyakuyoushiki.html>

4 請求書の提出先

〒163-8001 東京都 新宿区 西新宿 二丁目8番1号

東京都 福祉局 生活福祉部 医療助成課 医療給付担当（マル都担当） TEL 03-5320-4454

介護給付費請求書(イエロー10名連記)記入例

医療保険のレセプトに記載する医療機関コードを記入

事業所コード (医療保険) 1 2 3 4 5 6 7

介護年月ごとに別用紙で作成

介護給付費請求書

東京都知事 殿

下記のとおり請求します。
令和7年 6月 4日

介護年月 令和7年 5月分

担当者名を記入又は押印

該当する数字に○

医科 ① 3 4 6
歯科 3 調剤 4 看護 6

医療機関等所在地 ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○
名称(電話) ○○○○○○病院
開設者 ○○○○○○ 担当者名 ○○○

・いずれかに○して下さい。

難病

サービス実施日数

実施したサービス種類の単価を記入

No. _____

サービス種類別に記入する

負担者番号 受給者番号	保険者番号	患者氏名	割合	在宅	実日数	単位数 単価	請求額	公費対象 単位数	一部負担 相当額	備考
8 3 1 3 6 0 1 0 1 1 1 1 1 1 1	131045	○○○○○	1割 2割 3割	施(3) 在(4)	31	10.9	39,550	45,459	10,000	受給者が負担した金額を記入
介護保険被保険者証の保険者番号を記入 例: 新宿区 131045										
保険の自己負担割合										
請求額は円単位で記入 例: 45,459単位 × 10.90円 × 1割 - 10,000円 = 39,550円										
8 3 1 3 6 0 1 0 1 1 1 1 1 1 1	131045	○○○○○	1割 2割 3割	施(3) 在(4)	14	11.4	13,067	11,462	0	3
8 3 1 3 6 0 1 0 2 2 2 2 2 2 2	131151	△△△△△	1割 2割 3割	施(3) 在(4)	2	10	590	590	0	4
8 3 1 3 6 0 1 0 3 3 3 3 3 3 3	132035	×××××	1割 2割 3割	施(3) 在(4)	2	10	590	590	0	5
8 3 1 3 6 0 1 0 4 4 4 4 4 4 4	132191	○△○△○	1割 2割 3割	施(3) 在(4)	9	11.4	8,662	9,063	1,670	6
8 3 1 3			1割 2割 3割	施(3) 在(4)						7
8 3 1 3			1割 2割 3割	施(3) 在(4)						8
8 3 1 3			1割 2割 3割	施(3) 在(4)						9
8 3 1 3			1割 2割 3割	施(3) 在(4)						10
9 9 9 9 9	合計				5 件		22,909			

レセプトが複数ページにわたる場合は、すべてのページを添付

(注) 請求書に、レセプトの(写)を添付してください。

2 請求書は、介護年月ごとに別用紙にしてください。

合計を記入

大気汚染関連疾病医療費請求書（グレー10名連記）について

1 大気汚染関連疾病医療費請求書（グレー10名連記）で請求できる負担者番号

区分	負担者番号	(注) 都内医療機関は以下の場合に限る
大気汚染関連疾病	82137001	・他道府県の国保・後期高齢との併用 ・第一公費での患者負担分を都82で助成する形での併用 (国保・後期に限る。社保の場合、併用レセプト請求可)
	82137555	
	82137530	
	82137670	

2 請求書の書き方

請求書は診療・調剤年月ごとに別用紙としてください。また、内訳はレセプト単位で記入してください。

- ① 診療・調剤年月日は、1枚ごとに記入してください。
- ② 医療機関等コード欄は、レセプトに表記する7桁の番号を1枚ごとに記入してください。
- ③ (都)負担者番号・受給者番号欄は、1件ごとに(都)医療券等に記載されている番号を記入してください。
- ④ 保険者番号欄は、健康保険等の保険者番号を記入してください。記号・番号は、記入不要です。
- ⑤ 負担者割合欄及び入院外来別欄は、1件ごとに該当するものを○で囲んでください。調剤薬局では、外来を○で囲んでください。※負担割合は各種健康保険の自己負担割合です。
- ⑥ 診療日数欄は、入院又は外来日数を記入してください。調剤薬局では、処方箋の受付回数を記入してください。
- ⑦ **【負担者番号が82137001、82137555のとき】**

請求額欄は、各種健康保険（高額療養費の適用区分をオンライン資格確認又は資格確認書等（以下、「オンライン等」という。）により確認した場合はそれも含む）、他の医療費助成を適用した患者自己負担額を記入してください。

【負担者番号が82137530、82137670のとき】

請求額欄は、各種健康保険（高額療養費の適用区分をオンライン等で確認した場合はそれも含む）、他の医療費助成を適用した患者自己負担額から一部負担金相当額欄に記入した額を差し引いた額を記入してください。

70歳以上で負担割合が1割又は2割（高額療養費の適用区分がI又はIIであることを確認した場合を除く）の方は、自己負担限度額（例：外来18,000円、入院57,600円）以下の金額を記入してください。

【各負担者番号共通】

高額療養費の適用区分をオンライン等で確認したことにより高額療養費を現物給付した場合は、備考欄に適用区分を記入してください。

- ⑧ 公費点分数欄は、(都)医療券等に記載された認定疾病及び有効期間内の点数を記入してください。
- ⑨ 一部負担金相当額欄は、医療機関等で受給者が負担した金額（自己負担限度額管理票の自己負担額欄と同額）を記入してください。
- ⑩ 請求金額は、1円単位までの請求とし、合計欄は、1枚ごとの合計枚数と合計金額を記入してください。

3 請求書の提出方法

- ① 請求書に必ず保険請求したレセプトの写しを添付してください。
- ② 診療月の翌月10日（10日が土日祝日の場合は直前の平日）までに下記提出先に到着するよう送付してください。なお、請求書の用紙が不足する場合は注文用紙を下記アドレス宛メールで送付ください。

【アドレス】 S1140404@section.metro.tokyo.jp

※注文用紙はこちら↓からダウンロードください

<https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/keiyakuyoushiki.html>

4 請求書の提出先

〒163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号

東京都 福祉局 生活福祉部 医療助成課 医療給付担当（マル都担当） 電話03-5320-4454

『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、下記アドレスにメールにて注文してください。

※ 心身障害者医療費請求書（マル障／70歳未満用・70歳以上用）はホームページ上に様式を掲載していますので、ダウンロードして御使用ください。

＜メールの送付先＞

アドレス S1140404@section.metro.tokyo.jp

※ 件名は【『東京都負担医療費請求書』等（10名連記）注文用紙】と記載してください。

年 月 日

以下の様式を送付してください。

様 式		色	数 量
都	東京都負担医療費請求書	グリーン	枚
	大気汚染関連疾病医療費請求書	グレー	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
合計			枚

送 付 先	医療機関名		
	所在地		
	〒 _____		
	電話	担当者名 (所属等)	
通信欄			

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