

都道府県番号を(赤字)で請求書ごとに記入してください。(2桁)

道府県番号 01

障 心身障害者医療費請求書

保険医療機関
コード

1234567

[70歳未満]用

7桁のみ記入してください。

※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、オレンジの請求書です。

東京都知事殿

診療年月

令和7年3月分

下記のとおり請求してください。

該当する番号を○で囲んでください。

診療年月ごとに請求書を分けて記入してください。
※必ず和暦を記入(西暦2025年は×)

医療機関等所在地

医科	歯科	調剤	訪問看護
①	3	4	6

名称(電話)

問合せ先の電話番号も記入してください。

開設者

請求額が保険の負担割合でない理由を1つのみ記入

内 訳

障	負担者番号	保険	負担割合	入院	診療	請求額	総点数	一部負担金	備考
受給者証	受給者番号		医療保険の負担割合を○で囲んでください。	外来別	日数	一円単位で記入してください。	点	相当額	
80136000	90000000	138016	2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	1	246	123	123	1
80136△△△	9△△△△△△	138040	2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	5	39,165	19,055	18,000	2
80137000	90000000	1130012	2割(2)	入(3)	3	15,270	85,451	0	3 施
80136△△△	9△△△△△△	138040	2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	3	69,972	34,986	34,986	4
80137000	90000000	32130213	2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	3	6,936	2,312	0	5
80137000	90000000	138016	2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	2	10,000	32,153	0	6 長
80137△△△	9△△△△△△	06139463	2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	1	1,086	543	0	7 都
80137000	90000000	1140011	2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	4	24,600	62,998	0	8 才
80137000	90000000	32130213	2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	5	20,000	27,324	0	9 長2
8013	9		2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)					10
9999		合計			9 件	187,275			担当部署氏名 医事課 ○○

123点×3割-123円=246円(請求額)

備考欄に公費の記号を記入してください。

他公費適用後の自己負担額を記入してください。

施は、療養介護医療の公費(24公費)に該当する場合に記入。特記事項「09施」は、記載不要

限度額認定証の提示あり

請求書1枚ごとの合計件数と合計金額を記入してください。

問合せ窓口及び事務担当者名を必ず記入してください。

請求書を送付する際に必ず以下の口のポイントを確認のうえ提出してください。

別紙1

【**障**心身障害者医療費請求書〔70歳未満〕用の記載上の注意】

この用紙は、「70歳未満」用の請求書です。（ピンク）

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、オレンジの請求書になりますので御注意ください。

- 1 右上部余白に**赤字**で「都道府県番号」を請求書ごとに記入してください。
（例：北海道は「01」など、レセプトに記載されている都道府県番号）
- 2 保険医療機関コード欄は、都道府県番号及び点数表区分コードを除いた「**アケタ**」を記入してください。
- 3 該当する点数表区分コードに○をつけてください。（例：医科「①」など）
- 4 **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、正しく記入してください。
- 5 保険者番号欄は、被保険者証を確認の上、桁及び記入の省略（「同上」「//」など）をせずに記入してください。
- 6 負担割合欄は、医療保険の自己負担割合に○をつけてください。
- 7 入院・外来別欄は、該当項目番号に○をしてください。調剤、訪問診療などは「外(4)」に○をつけてください。
- 8 診療日数欄は、当該診療月の診療実日数を記入してください。調剤薬局は処方回数になります。
- 9 請求額欄は、次のとおり記入してください。
障負担者番号が「80137***」の場合は、健康保険等の医療保険の一部負担額を記入してください。
障負担者番号が「80136***」の場合は、医療保険の一部負担割合額から **障**一部負担相当額を差し引いた額を記入してください。
請求額は、10円未満を端数処理せずに、1円単位で請求してください。
なお、食事療養標準負担額（又は生活療養標準負担額）は助成の対象となりませんので、窓口で受給者から徴収してください。
- 10 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。
- 11 一部負担金相当額欄は、負担者番号が「80136***」の受給者証を提示された方のみ該当します。
（注1）一部負担金相当額は、定率1割です（月額上限；入院57,600円、外来18,000円）。
（注2）一部負担金相当額は、10円未満を端数処理せずに、1円単位で記入してください。
- 12 備考欄は、請求額が保険の負担割合でない場合、下記の理由を1つのみ記入してください。
（1）特定疾病・療養介護医療・更生医療・精神医療・都医療等・育成医療・結核医療に該当する場合、**長****長2****施****更****精****都****育****結**等を記入してください。
（2）限度額認定証の提示があり、高額療養費を現物給付した場合は、それぞれの適用区分（ア～オ）を記入してください。
- 13 合計欄は、1件の場合でも必ず件数、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、請求書ごとに合計を記入してください。
- 14 印刷する場合は、必ず所定の枠内に収まるように調整してください。

※ 請求書提出締切日は、

毎月10日（必着）
（土、日、祝日に当たる場合は直前の平日）

【請求書提出先・問合せ先】

〒163-8001
東京都新宿区西新宿二丁目8番1号
東京都福祉局生活福祉部医療助成課給付担当
TEL 03（5320）4286