

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)

都道府県番号 01

障 心身障害者医療費請求書

保険医療機関
コード

1234567

[70歳以上]用

※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、この請求書です。

7桁のみ記入してください。

東京都知事殿

下記のとおり請求いたします。

該当する番号を○で囲んでください。

医療機関等所在地

名称(電話)

開設者

診療年月

令和7年3月分

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×)

問合せ先の電話番号も記入してください。

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	受給者証	受給者番号	保険者	医療保険の負担割合を○で囲んでください。	負担割合	入院	診療	請求額	総点数	一部負担金	備考
							外来別	日数			相当額	
80136000	90000000	63270052	東京 一太郎	1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	1	308	308	308	1		
80137000	90000000	39131040	新宿 京子	1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	308点 × 2割 - 308円 = 308円(請求額)						
80137000	90000000	138511	東京 二郎	1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	30	24,600	85,451	0	II 3		
80137000	90000000	1130012	新宿 五郎	1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	1	1,020	510	0	4		
80137000	90000000	138248	東京 一子	1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	8	10,000	39,123	0	長 5		
80137000	90000000	67138016	日本 太一	1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	2	681	681	0	精 6		
80137000	90000000	39131073	都庁 東子	1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	30	57,600	85,451	0	7		
80136000	90000000	67131123	日本 和子	1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	16	25,461	56,312	57,600	8		
80136000	90000000	1140011	都庁 新	1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	12	45,626	35,338	35,338	公 9		
8013	9											
9999	P.4	合計				9 件	172,885					

高額療養費を現物給付した場合は、適用区分を記入してください。(低所得Ⅰ・Ⅱの場合のみ記入。その際、オではなく、ⅠまたはⅡと記入。)

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。

問い合わせ窓口及び事務担当者名を記入してください。

担当部署氏名 医事課 ○○

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2

【**障**心身障害者医療費請求書〔70歳以上〕用の記載上の注意】

この用紙は、「70歳以上」用の請求書です。（オレンジ）

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、この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「**7ケタ**」を記入してください。
- 3 該当の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、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。
たとえば、保険給付8割と指定公費1割の給付がある場合は「2割(2)」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○をしてください。
- 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***」で医療保険の一部負担割合が3割又は2割の場合は、医療保険の一部負担額から**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。
（ただし、入院の場合は、10円未満四捨五入）
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・自立支援医療・都医療等他公費の自己負担額を請求する場合、それぞれ **長**・**更**・**都**などを記入してください。
（2）低所得者Ⅰ及び低所得者Ⅱ（区分才）について高額療養費を現物給付した場合、それぞれ（Ⅰ）（Ⅱ）を記入してください。現役並み所得及び一般（区分ア～エ）については、記入不要です。
- 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