

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 <u>※都外医療機関のみ</u>	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) <u>※都外医療機関のみ</u>	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) <u>※都外医療機関のみ</u>	大気汚染関連疾病医療費請求書 (グレー)		
93137008 (結核一般医療) <u>※都外医療機関のみ</u>	東京都負担医療費請求書 (白)	東京都保健医療局 感染症対策部 防疫課 結核担当 ※初めて請求する場合は 御連絡ください。	03-5320-4483
93133007 (精神通院医療) <u>※都外医療機関のみ</u>	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)

⑧ 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、⑧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
⑧小児精神病	8 2 1 3 4 0 0 8	・他道府県の国保・後期高齢との併用
⑧被爆の子に対する医療		
⑧特殊医療（人工透析）	8 2 1 3 8 0 0 9	・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）
⑧妊娠高血圧症候群等	8 7 1 3 6 0 0 8	

※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 ⑧負担者番号・受給者番号欄は、1 件ごとに⑧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⑧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 22,000 円、入院 61,500 円）以下の金額を記入してください。

- ⑧ 公費点分数欄は、⑧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

東京都負担医療費請求書(グリーン10名連記)記入例

[illegible]

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

$$\text{請求額} = 85,940 \text{ 円} - 10,000 \text{ 円} = \underline{75,940 \text{ 円}}$$

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

$$\text{請求額} = 22,000 \text{ 円} - 10,000 \text{ 円} = \underline{12,000 \text{ 円}}$$

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

$$\text{請求額} = 87,940 \text{ 円} - 6,000 \text{ 円} = \underline{81,940 \text{ 円}}$$

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22,000円、入院61,500円）以下の金額を記入してください。
- ⑨ 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。
- 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に送付してください。
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）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）	8 3 1 3 6 0 1 0

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

介護給付費請求書

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

東京都知事 殿

介護年月 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

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

難病

内 訳

サービスを実施した実日数

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	実日数	単位数 単価	請求額	公費対象 単位数	一部負担金 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	8 2 1 3 7 0 0 1	・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)
	8 2 1 3 7 5 5 5	
	8 2 1 3 7 5 3 0	
	8 2 1 3 7 6 7 0	

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8 2 1 3 7 0 0 1、8 2 1 3 7 5 5 5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8 2 1 3 7 5 3 0、8 2 1 3 7 6 7 0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22,000円、入院61,500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

大気汚染関連疾病医療費請求書(グレー10名連記)記入例

医療機関
大気汚染関連疾病医療費請求書コード

医療機関コードを記入

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

診療・調剤年月
令和8年8月分

東京都知事 殿

下記のとおりに請求します。
令和8年 9月 4日

該当する
数字に○

医 科	調 剤
1	4

・どちらかに○して下さい。

医療機関等所在地
名 称 (電 話)
管 理 者

担当者名 ○○○○

負担者番号 (7桁)を記入	保険者番号	患者氏名	診療 日 数	請求額 円	公費 点	負担 円	備考
8 2 1 3 7 5 3 0	○○○○○○○	○ ○ ○ ○	1割 入(3) 日 2割 外(4) 1	1,716	2,572	6,000	
8 2 1 3 7 5	△△		1割 入(3) 日 2割 外(4) 1	1,623	941	1,200	
8 2 1 3 7 5 3 0	×××××××	× × × ×	1割 入(3) 日 2割 外(4) 3	30,900	26,780	6,000	才
8 2 1 3 7			1割 入(3) 日 2割 外(4) 1				
8 2 1 3 7			1割 入(3) 日 2割 外(4) 1				
8 2			1割 入(3) 日 2割 外(4) 1				
8 2			1割 入(3) 日 2割 外(4) 1				
8 2 1 3 7			1割 入(3) 日 2割 外(4) 1				
8 2 1 3 7			1割 入(3) 日 2割 外(4) 1				
9 9 9 9 9 9 9 9	合 計	4件	××××円				

合計を記入

患者の自己負担合計額が月額6,000円以下で、公費請求がない場合は、この医療費請求書に記載する必要はありません。

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

請求額は円単位で記入
例) 2,572点 × 3割 - 6,000円 = 1,716

総点数のうち、公費対象点数を記入

入院・外来・処方箋
受付回数

入院・外来別に○
調剤は外に○

保険の自己負担割合

健康保険等の保険者番号を記入

受給者が負担した金額を記入

診療・調剤年月ごとに別用紙で作成

担当者名を記入又は押印

- (注) 1 請求書に、レセプトの(写)を添付してください。
- 2 一部負担金相当額の確認のため、自己負担限度額管理票の(写)の提出をお願いすることがあります。
- 3 請求書は、診療・調剤年月ごとに別用紙にしてください。

『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