

## 福祉医療費請求書(OCR様式)の記載例

【70歳以上～75歳未満(高齢受給者)】(誕生日が昭和19年4月2日以降)

記載例 1 外来 低所得

記載例 2 外来 低所得

記載例 3 外来 一般所得

記載例 4 外来 一般所得

記載例 5 外来 現役並み所得

記載例 6 外来 現役並み所得

記載例 7 外来 低所得 I

記載例 8 外来 低所得 I

記載例 9 外来 一般所得

記載例 10 外来 一般所得

記載例 11 外来 現役並み所得

記載例 12 外来 現役並み所得

## 福祉医療費請求書(OCR様式)の記載例

【70歳以上～75歳未満(高齢受給者)】 (誕生日が昭和19年4月2日以降)

平成27年8月1日

### 記載例 1 外来 低所得

(一部負担金限度額8,000円)

〔給付割合 8割〕

DC	C	診療年月 (年) (月)	入・外 8	福祉医療費受給者証 記号・番号 (記号) (番号)	性別	氏名
生年月日 (年号)(年) (月) (日)			保険者番号		給付	特殊
3 1 9 0 6 0 1					8	
診療科目		日数	福祉医療費請求点数	結核点数	決定点数	
			3 3 3 3			
福祉医療費請求額			一部負担金		備考	
6 6 6 6			0			

**2割分が8,000円以下の場合**  
請求点数×10×0.2が8,000円以下の場合には請求点数×10×0.2の金額を福祉医療費請求額欄に記載。

### 記載例 2 外来 低所得

(一部負担金限度額8,000円)

〔給付割合 8割〕

DC	C	診療年月 (年) (月)	入・外 8	福祉医療費受給者証 記号・番号 (記号) (番号)	性別	氏名
生年月日 (年号)(年) (月) (日)			保険者番号		給付	特殊
3 1 9 0 6 1 1					8	
診療科目		日数	福祉医療費請求点数	結核点数	決定点数	
			1 0 0 0 0			
福祉医療費請求額			一部負担金		備考	
8 0 0 0			0			

**2割分が8,000円を超える場合**  
請求点数×10×0.2が8,000円を超える場合は一部負担金限度額の8,000円を福祉医療費請求額欄に記載。

### 記載例 3 外来 一般所得

(一部負担金限度額12,000円)

〔給付割合 8割〕

DC	C	診療年月 (年) (月)	入・外 8	福祉医療費受給者証 記号・番号 (記号) (番号)	性別	氏名
生年月日 (年号)(年) (月) (日)			保険者番号		給付	特殊
3 1 9 0 6 0 1					8	
診療科目		日数	福祉医療費請求点数	結核点数	決定点数	
			4 4 4 4			
福祉医療費請求額			一部負担金		備考	
8 8 8 8			0			

**2割分が12,000円を超えない場合**  
請求点数×10×0.2が12,000円を超えない場合は請求点数10×0.2の金額を福祉医療費請求額欄に記載。

### 記載例 4 外来 一般所得

(一部負担金限度額12,000円)

〔給付割合 8割〕

DC	C	診療年月 (年) (月)	入・外 8	福祉医療費受給者証 記号・番号 (記号) (番号)	性別	氏名
生年月日 (年号)(年) (月) (日)			保険者番号		給付	特殊
3 1 9 0 6 1 1			0 1 3 5 0 0 1 6		8	
診療科目		日数	福祉医療費請求点数	結核点数	決定点数	
			1 5 0 0 0			
福祉医療費請求額			一部負担金		備考	
1 2 0 0 0			0			

**2割分が12,000円を超える場合**  
請求点数×10×0.2が12,000円を超える場合は一部負担金限度額の12,000円金額を福祉医療費請求額欄に記載。

記載例 5 外来 現役並み所得

(一部負担金限度額44,400円の方)

[ 給付割合 7割 ]

DC	C	診療年月 (年) (月)	入・外	福祉医療費受給者証 (記号)	記号・番号 (番号)	性別	氏名
			0				
生年月日 (年号)(年)(月)(日)			保険者番号	給付	特殊	入院年月日 (年号)(年)(月)(日)	
3 1 9 0 6 0 1				7			
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結核点数	決定点数			
		1 2 3 4 5					
福祉医療費請求額		一部負担金	備考				
3 7 0 3 5		0					

**3割分が44,400円を超えない場合**  
請求点数×10×0.3が44,400円を超えない場合は請求点数×10×0.3の金額を福祉医療費請求額欄に記載。

記載例 6 外来 現役並み所得

(一部負担金限度額44,400円の方)

[ 給付割合 7割 ]

DC	C	診療年月 (年) (月)	入・外	福祉医療費受給者証 (記号)	記号・番号 (番号)	性別	氏名
			0				
生年月日 (年号)(年)(月)(日)			保険者番号	給付	特殊	入院年月日 (年号)(年)(月)(日)	
3 1 9 0 6 1 1				7			
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結核点数	決定点数			
		2 0 0 0 0					
福祉医療費請求額		一部負担金	備考				
4 4 4 0 0		0					

**3割分が44,400円を超える場合**  
請求点数×10×0.3が44,400円を超える場合は44,400円と福祉医療費請求額欄に記載。

記載例 7 入院 低所得 I

(一部負担金限度額15,000円)

[ 給付割合 8割 ]

DC	C	診療年月 (年) (月)	入・外	福祉医療費受給者証 (記号)	記号・番号 (番号)	性別	氏名
			7				
生年月日 (年号)(年)(月)(日)			保険者番号	給付	特殊	入院年月日 (年号)(年)(月)(日)	
3 1 9 0 6 0 1				8			
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結核点数	決定点数			
		3 3 3 3					
福祉医療費請求額		一部負担金	備考				
6 6 6 0		0					

**2割分が15,000円以下の場合**  
請求点数×10×0.2が15,000円以下の場合は請求点数×10×0.2の金額を福祉医療費請求額欄に記載。

記載例 8 入院 低所得 I

(一部負担金限度額15,000円)

[ 給付割合 8割 ]

DC	C	診療年月 (年) (月)	入・外	福祉医療費受給者証 (記号)	記号・番号 (番号)	性別	氏名
			7				
生年月日 (年号)(年)(月)(日)			保険者番号	給付	特殊	入院年月日 (年号)(年)(月)(日)	
3 1 9 0 6 1 1				8			
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結核点数	決定点数			
		1 0 0 0 0					
福祉医療費請求額		一部負担金	備考				
1 5 0 0 0		0					

**2割分が15,000円を超える場合**  
請求点数×10×0.2が15,000円を超える場合は一部負担金限度額の15,000円を福祉医療費請求額欄に記載。

記載例 9 入院 一般所得

(一部負担金限度額44,400円)

[ 給付割合 8割 ]

DC	C	診療年月 (年) (月)	入・外	福祉医療費受給者証 (記号)	記号・番号 (番号)	性別	氏名
			7				
生年月日 (年号)(年) (月) (日)		保険者番号		給付	特殊	入院年月日 (年号)(年) (月) (日)	
3 1 9 0 6 0 1				8			
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結核点数	決定点数			
		4 4 4 4					
福祉医療費請求額		一部負担金		備考			
8 8 8 0		0					

**2割分が44,400円を超えない場合**  
請求点数×10×0.2が44,400円を超えない場合は請求点数10×0.2の金額を福祉医療費請求額欄に記載。

記載例 10 入院 一般所得

(一部負担金限度額44,400円)

[ 給付割合 8割 ]

DC	C	診療年月 (年) (月)	入・外	福祉医療費受給者証 (記号)	記号・番号 (番号)	性別	氏名
			7				
生年月日 (年号)(年) (月) (日)		保険者番号		給付	特殊	入院年月日 (年号)(年) (月) (日)	
3 1 9 0 6 1 1				8			
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結核点数	決定点数			
		3 5 0 0 0					
福祉医療費請求額		一部負担金		備考			
4 4 4 0 0		0					

**2割分が44,400円を超える場合**  
請求点数×10×0.2が44,400円を超える場合は一部負担金限度額の44,400円金額を福祉医療費請求額欄に記載。

記載例 11 入院 現役並み所得

(一部負担金限度額80,100円+(医療費-267,000円)×1%)

[ 給付割合 7割 ]

DC	C	診療年月 (年) (月)	入・外	福祉医療費受給者証 (記号)	記号・番号 (番号)	性別	氏名
			9				
生年月日 (年号)(年) (月) (日)		保険者番号		給付	特殊	入院年月日 (年号)(年) (月) (日)	
3 1 9 0 6 1 1				7			
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結核点数	決定点数			
		1 1 1 1 1					
福祉医療費請求額		一部負担金		備考			
3 3 3 3 0		0					

**3割分が80,100円を超えない場合**  
請求点数×10×0.3が80,100円を超えない場合は請求点数×10×0.3の金額を福祉医療費請求額欄に記載。

記載例 12 入院 現役並み所得

(一部負担金限度額80,100円+(医療費-267,000円)×1%)

[ 給付割合 7割 ]

DC	C	診療年月 (年) (月)	入・外	福祉医療費受給者証 (記号)	記号・番号 (番号)	性別	氏名
			9				
生年月日 (年号)(年) (月) (日)		保険者番号		給付	特殊	入院年月日 (年号)(年) (月) (日)	
3 1 9 0 6 1 1				7			
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結核点数	決定点数			
		3 4 5 6 7					
福祉医療費請求額		一部負担金		備考			
8 0 8 8 7		0					

**3割分が80,100円を超える場合**  
請求点数×10×0.3が80,100円を超える場合は80,100円+(医療費-267,000円)×1%の金額を福祉医療費請求額欄に記載。