

## 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1日以前)

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	低所得 I
記載例 6	外来	低所得 I
記載例 7	外来	一般所得
記載例 8	外来	一般所得

# 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1日以前) ・指定公費

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 (記号)	福祉医療費受給者証 (記号)	記号・番号 (番号)	性別	氏名
			8				
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 7 0 6 0 1				8			
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結核点数	請求点数			
		6 6 6 6					
福祉医療費請求額		一部負担金		備考			
6 6 6 6		0					

**1割分が8,000円以下の場合**  
請求点数×10×0.1が8,000円以下の場合には請求点数×10×0.1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 (記号)	福祉医療費受給者証 (記号)	記号・番号 (番号)	性別	氏名
			8				
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 7 0 6 1 1				8			
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結核点数	請求点数			
		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					

**1割分が8,000円を超える場合**  
請求点数×10×0.1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 (記号)	福祉医療費受給者証 (記号)	記号・番号 (番号)	性別	氏名
			8				
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 7 0 6 0 1							
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結核点数	請求点数			
		7 7 7 7					
福祉医療費請求額		一部負担金		備考			
7 7 7 7		0					

**1割分が12,000円を超えない場合**  
請求点数×10×0.1が12,000円を超えない場合には請求点数×10×0.1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 (記号)	福祉医療費受給者証 (記号)	記号・番号 (番号)	性別	氏名
			8				
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 7 0 6 1 1							
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結核点数	請求点数			
	7	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					

**1割分が12,000円を超える場合**  
請求点数×10×0.1が12,000円を超える場合は一部負担金限度額の12,000円を福祉医療費請求額欄に記載。

記載例 5 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 7 0 6 0 1				8			
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結核点数				
		6 6 6 6					
福祉医療費請求額		一部負担金		備考			
6 6 6 6		0					

**1割分が15,000円以下の場合**  
請求点数×10×0.1が15,000円以下の場合は請求点数×10×0.1の金額を福祉医療費請求額欄に記載。

記載例 6 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 7 0 6 1 1				8			
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結核点数				
		2 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					

**1割分が15,000円を超える場合**  
請求点数×10×0.1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 7 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 7 0 6 0 1				8			
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結核点数				
		7 7 7 7					
福祉医療費請求額		一部負担金		備考			
7 7 7 7		0					

**1割分が44,400円を超えない場合**  
請求点数×10×0.1が44,400円を超えない場合は請求点数×10×0.1の金額を福祉医療費請求額欄に記載。

記載例 8 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 7 0 6 1 1				8			
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結核点数				
		5 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					

**1割分が44,400円を超える場合**  
請求点数×10×0.1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。