

## レセプト・OCR様式の記載例(公費と福祉医療費(負担金無し)の請求に係るもの)

記載例 1 患者負担が無い公費と併用の場合

記載例 2 患者負担がある公費と併用の場合

記載例 3 結核医療(10)と併用の場合

# レセプト・OCR様式の記載例(公費と福祉医療費(負担金無し)の請求に係るもの)

平成27年8月1日

## 記載例 1 患者負担がない公費と併用の場合

(レセプトの記載)

	点数	一部負担金
請求	3,000	
公費①	2,000	
公費②(福祉)	1,000	0

公費の患者負担がないので、レセプトの福祉医療費点数欄は3,000点-2,000点=1,000点を記載。福祉一部負担金欄は0を記載。

(OCR様式の記載)

〔給付割合7割〕

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

患者(一部負担金額)=0円  
公費=2,000×3=6,000円  
福祉医療費請求額=(3,000-1,000)×3-0=3,000円

## 記載例 2 患者負担がある公費と併用の場合

(レセプトの記載)

	点数	一部負担金
請求	2,000	
公費①	1,500	1,500
公費②(福祉)	2,000	0

公費の患者負担があるので、レセプトの福祉医療費点数欄は請求点数を記載。福祉一部負担金欄は0を記載。

(OCR様式の記載)

〔給付割合7割〕

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

患者(一部負担金額)=0円  
公費=1,500×3-1,500=3,000円  
福祉医療費請求額=(2,000-1,500)×3-0=1,500円

## 記載例 3 結核医療(10)と併用の場合

(レセプトの記載)

	点数	一部負担金
請求	3,000	
公費①(結核)	2,000	
公費②(福祉)	3,000	0

レセプトに記載されないが公費10(結核)の患者負担があるので、レセプトの福祉医療費点数欄は3,000点を記載。福祉一部負担金欄は0を記載。

(OCR様式の記載)

〔給付割合7割〕

DC	C	診療年月 (年) (月)	入・外 2	福祉医療費受給者証 (記号)	記号・番号 (番号)	性別	氏名
		生年月日 (年号)(年)(月)(日)	保険者番号			給付 7	入院年月日 (年号)(年)(月)(日)
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	2 0 0 0				
福祉医療費請求額		一部負担金		備考			
4 0 0 0		0					

患者(一部負担金額)=2,000点×10×5/100=1,000円  
公費=2,000点×3-1,000円=5,000円  
福祉医療費請求額=(3,000点-2,000点)×3+1,000円=4,000円