

## レセプト・OCR様式の記載例(一部負担金がある福祉医療費請求に係るもの)

(1) (窓口で福祉の一部負担金(医療費の2割)の徴収がある場合)

記載例 1 外来 保険+福祉

記載例 2 外来 保険+福祉

記載例 3 外来 保険+福祉 「所得区分28区ウ」の「限度額適用認定証」が提示された場合

記載例 4 外来 保険+福祉 長期高額に該当する場合

記載例 5 外来 保険+公費+福祉

記載例 6 外来 保険+公費+福祉

記載例 7 外来 保険+公費+福祉

記載例 8 外来 保険+公費+福祉 「所得区分28区ウ」の「限度額適用認定証」が提示された場合

(2) (窓口で一部負担金(定額)の徴収がある場合)

記載例 9 外来 保険+福祉 一部負担金 月上限500円の場合

記載例 10 外来 保険+福祉 一部負担金 月上限500円の場合

記載例 11 外来 保険+福祉 「所得区分28区ウ」の「限度額適用認定証」が提示された場合  
一部負担金 月上限500円の場合

記載例 12 外来 保険+福祉 長期高額に該当する場合  
一部負担金 月上限1000円の場合

記載例 13 外来 保険+公費+福祉 一部負担金 月上限1000円の場合

記載例 14 外来 保険+公費+福祉 一部負担金 月上限1000円の場合

記載例 15 外来 保険+公費+福祉 一部負担金 月上限500円の場合

記載例 16 外来 保険+公費+福祉 「所得区分28区ウ」の「限度額適用認定証」が提示された場合  
一部負担金 月上限500円の場合

レセプト・OCR様式の記載例(一部負担金がある福祉医療費請求に係るもの)

平成27年8月1日

(1) 70歳未満 (窓口で福祉の一部負担金(医療費の2割)の徴収がある場合)

宇部市(350027):子ども医療

山陽小野田市(350092):子ども医療

記載例 1 外来 保険+福祉

(レセプトの記載)

	点数	一部負担金
	12,345	
公費①(福祉)	12,345	

レセプトの福祉医療費の一部負担金欄は空欄  
(0を記載しない)

(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	特殊	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 2 3 4 5					
福祉医療費請求額		一部負担金		備考			
1 2 3 4 5		2 4 6 9 0					

福祉医療助成額1割:12,345点×1=12,345円を福祉医療費請求額欄へ、  
患者負担分2割:12,345点×2=24,690円を一部負担金欄へ記載。

記載例 2 外来 保険+福祉

(レセプトの記載)

	点数	一部負担金
	20,000	
公費①(福祉)	10,000	

レセプトの福祉医療費の一部負担金欄は空欄  
(0を記載しない)

(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	特殊	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 0					
福祉医療費請求額		一部負担金		備考			
1 0 0 0 0		2 0 0 0 0					

福祉医療助成額1割:10,000点×1=10,000円を福祉医療費請求額欄へ、  
患者負担分2割:10,000点×2=20,000円を一部負担金欄へ記載。

記載例 3 外来 保険+福祉

「所得区分28区ウ」の「限度額適用認定証」が提示された場合

(レセプトの記載)

	点数	一部負担金
	50,000	82,430
公費①(福祉)	50,000	

レセプトの福祉医療費の一部負担金欄は空欄  
(0を記載しない)

(OCR様式の記載)

[ 給付割合7割 ]

(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 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	特殊	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					
		5 0 0 0 0					
福祉医療費請求額		一部負担金		備考			
2 7 4 7 7		5 4 9 5 3					

高額現物給付が発生する場合一部負担の上限額 80,100円+(医療費-  
267,000円)×1%  
80,100円+(500,000円-267,000円)×1%=82,430円  
福祉医療助成額1割:82,430円÷3=27,477円(円未満四捨五入)を福祉医療  
費請求額欄に記載。  
患者負担分2割:82,430円-27,477円=54,953円を一部負担金欄に記載。

記載例 4 外来 保険+福祉 長期高額に該当する場合

(一部負担金限度額:10,000円)

(レセプトの記載)

	点数	一部負担金
	50,000	
公費①(福祉)	50,000	

レセプトの福祉医療費の一部負担金欄は空欄  
(0を記載しない)

(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
		(年号)(年)(月)(日)	保険者番号			給付 7	特殊 5
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	<p><b>高額現物給付が発生する場合一部負担の上限額10,000円</b>                  福祉医療助成額1割: 10,000円 ÷ 3 = 3,333円 (円未満四捨五入)を福祉医療費請求額欄に記載。                  患者負担分2割: 10,000円 - 3,333円 = 6,667円を一部負担金欄に記載。</p>				
		50000	福祉医療費請求額	一部負担金	備考		
			3333	6667			

記載例 5 外来 保険+公費+福祉

(レセプトの記載)

	点数	一部負担金
	10,000	
公費①	10,000	5,000
公費②(福祉)	10,000	

レセプトの福祉医療費の一部負担金欄は空欄  
(0を記載しない)

(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
		(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	<p>福祉医療助成額1割: 5,000円 ÷ 3 = 1,667円 (円未満四捨五入)を福祉医療費請求額欄に記載。                  患者負担分2割: 5,000円 - 1,667円 = 3,333円を一部負担金欄に記載。</p>				
		10000	福祉医療費請求額	一部負担金	備考		
			1667	3333	公費負担金あり		

記載例 6 外来 保険+公費+福祉

(レセプトの記載)

	点数	一部負担金
	10,000	
公費①	5,000	5,000
公費②(福祉)	10,000	

レセプトの福祉医療費の一部負担金欄は空欄  
(0を記載しない)

(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
		(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	<p>福祉医療助成額1割: 5,000円 ÷ 3 = 1,667円 (円未満四捨五入)。15,000円 ÷ 3 = 5,000円。1,667円 + 5,000円 = 6,667円を福祉医療費請求額欄に記載。                  患者負担2割: 5,000円 - 1,667円 = 3,333円。15,000円 - 5,000円 = 10,000円。3,333円 + 10,000円 = 13,333円を一部負担金欄に記載。</p>				
		10000	福祉医療費請求額	一部負担金	備考		
			6667	13333			

記載例 7 外来 保険+公費+福祉  
(レセプトの記載)

	点数	一部負担金
	10,000	
公費①	5,000	0
公費②(福祉)	5,000	

レセプトの福祉医療費の一部負担金欄は空欄  
(0を記載しない)

(OCR様式の記載)

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	特殊
							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			
		5000					
		福祉医療費請求額	一部負担金	備考			
		5000	10000				

福祉医療助成額1割: 15,000円 ÷ 3 = 5,000円を福祉医療費請求額欄に記載。  
患者負担分2割: 15,000円 - 5,000円 = 10,000円を一部負担金欄に記載。

記載例 8 外来 保険+公費+福祉 「所得区分28区ウ」の「限度額適用認定証」が提示された場合  
(一部負担金限度額: 80, 100円 + (医療費 - 267, 000円) × 1%)

(レセプトの記載)

	点数	一部負担金
	50,000	82,430
公費①	50,000	5,000
公費②(福祉)	50,000	

レセプトの福祉医療費の一部負担金欄は空欄  
(0を記載しない)

(OCR様式の記載)

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	特殊 5
							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	〔給付割合7割〕		
		50000					
		福祉医療費請求額	一部負担金	備考			
		1667	3333				

福祉医療助成額1割: 5,000円 ÷ 3 = 1,667円 (円未満四捨五入) を福祉医療費請求額欄に記載。  
患者負担分2割: 5,000円 - 1,667円 = 3,333円を一部負担金欄に記載。

(2) 70歳未満 (窓口で一部負担金(定額)の徴収がある場合)

宇部市(81350027):ひとり親家庭医療

一部負担金 通院 月上限500円(薬局 なし)

入院 月上限1,000円

萩市(81350605):乳幼児医療(就学後から小学校6年生まで)

一部負担金 通院 月上限1,000円(薬局 なし)

入院 月上限2,000円

記載例 9 外来 保険+福祉 一部負担金 月上限500円の場合  
(レセプトの記載)

	点数	一部負担金
	10,000	
公費①(福祉)	10,000	500

レセプトの福祉医療費の一部負担金欄は500円を記載。

(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	特殊	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	結算点数	決定点数			
		10000					
福祉医療費請求額		一部負担金		備考			
29500		500					

10,000点×3=30,000円。30,000円-500円=29,500円を福祉医療費請求額に記載し、一部負担金欄に500円を記載。

記載例 10 外来 保険+福祉 一部負担金 月上限500円の場合  
(レセプトの記載)

	点数	一部負担金
	20,000	
公費①(福祉)	10,000	500

レセプトの福祉医療費の一部負担金欄は500円を記載。

(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	特殊	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	結算点数	決定点数			
		10000					
福祉医療費請求額		一部負担金		備考			
29500		500					

10,000点×3=30,000円。30,000円-500円=29,500円を福祉医療費請求額に記載し、一部負担金欄に500円を記載。

記載例 11 外来 保険+福祉 「所得区分28区ウ」の「限度額適用認定証」が提示された場合  
一部負担金 月上限500円の場合

(一部負担金限度額:80,100円+(医療費-267,000円)×1%) [ 給付割合7割 ]

(レセプトの記載)

	点数	一部負担金
	50,000	82,430
公費①(福祉)	50,000	500

レセプトの福祉医療費の一部負担金欄は500円を記載。

(OCR様式の記載)

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	特殊	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	結算点数	決定点数			
		50000					
福祉医療費請求額		一部負担金		備考			
81930		500					

外来分7割給付(限度額は80,100円+(医療費-267,000円)×1%)  
50,000点×3=150,000円。高額の現物給付となるので、80,100円+(500,000円-267,000円)×1%=82,430円。82,430円-500円=81,930円を福祉医療費請求額欄に記載し、500円を一部負担金欄に記載。

記載例 12 外来 保険+福祉 長期高額に該当する場合  
一部負担金 月上限1,000円の場合

(レセプトの記載)

	点数	一部負担金
	50,000	
公費①(福祉)	50,000	1000

レセプトの福祉医療費の一部負担金欄は1,000円を記載。

(OCR様式の記載)

(一部負担金限度額: 10,000円)

[ 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
(年号)(年)(月)(日)	保険者番号	給付	7	特殊	5	(年号)(年)(月)(日)	
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	50000				
		福祉医療費請求額	9000	一部負担金	1000		備考

高額現物給付が発生する場合一部負担の上限額10,000円  
10,000円-1,000円=9,000円を福祉請求額欄に記載し、  
1,000円を一部負担金欄に記載。

記載例 13 外来 保険+公費+福祉 「限度額適用認定証」が提示されない場合  
一部負担金 月上限1,000円の場合

(レセプトの記載)

	点数	一部負担金
	10,000	
公費①	10,000	5,000
公費②(福祉)	10,000	1,000

レセプトの福祉医療費の一部負担金欄は1,000円を記載。

(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	特殊		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	10000	結精点数		決定点数	
		福祉医療費請求額	4000	一部負担金	1000		備考 公費負担金あり

5,000円-1,000円=4,000円を福祉医療費請求額欄に記載し、1,000円を一部負担金欄に記載。

記載例 14 外来 保険+公費+福祉 「限度額適用認定証」が提示されない場合  
一部負担金 月上限1,000円の場合

(レセプトの記載)

	点数	一部負担金
	10,000	
公費①	5,000	5,000
公費②(福祉)	10,000	1,000

レセプトの福祉医療費の一部負担金欄は1,000円を記載。

(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	特殊		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	10000				
		福祉医療費請求額	19000	一部負担金	1000		備考 公費負担金あり

5,000点×3=15,000円。(5,000円+15,000円)-1,000円=19,000円。  
19,000円を福祉医療費請求額欄に記載し、1,000円を一部負担金欄に記載。

記載例 15 外来 保険+公費+福祉 一部負担金 月上限500円の場合  
(レセプトの記載)

	点数	一部負担金
	10,000	
公費①	5,000	0
公費②(福祉)	5,000	500

レセプトの福祉医療費の一部負担金欄は500円を記載

(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・番号 (記号) (番号)	性別	氏名
		至年月日 (年号)(年) (月) (日)	保険者番号	給付 7	特殊	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	5 0 0 0			
		福祉医療費請求額	一部負担金	1 4 5 0 0      5 0 0		
				備考		

5,000点×3=15,000円。15,000円-500円=14,500円。  
14,500円を福祉医療費請求額欄に記載し、500円を一部負担金欄に記載。

記載例 16 外来 保険+公費+福祉 「所得区分28区ウ」の「限度額適用認定証」が提示された場合  
一部負担金 月上限500円の場合

(レセプトの記載)

	点数	一部負担金
	50,000	82,430
公費①	50,000	5,000
公費②(福祉)	50,000	500

レセプトの福祉医療費の一部負担金欄は500円を記載

(OCR様式の記載)

(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 2	福祉医療費受給者証 記号・番号 (記号) (番号)	性別	氏名
		(年号)(年) (月) (日)	保険者番号	給付 7	特殊	(年号)(年) (月) (日)
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	5 0 0 0 0			
		福祉医療費請求額	一部負担金	4 5 0 0      5 0 0		
				備考 公費負担金あり		

5,000円-500円=4,500円。4,500円を福祉医療費請求額欄に記載し、500円を一部負担金欄に記載。