

領収証明一覧表の提出について（保険薬局）

《提出する様式》

①福祉医療費紙媒体送付書資料 No.1

②領収証明書送付書資料 No.2

③領収証明一覧表資料 No.3

《記入例及び記載要領》

①福祉医療費紙媒体送付書資料 No.4

②領収証明書送付書資料 No.5

③領収証明一覧表資料 No.6

④コード表

⑤記載要領

《綴じ方》

①領収証明一覧表の綴じ方資料 No.7

平成 年 月 日

平成 年 月送付分 福祉医療費紙媒体送付書

三重県国民健康保険団体連合会 様

住 所 〒 —

名 称

電話番号 — —

医療機関コード
点数表区分	医科 ・ 歯科 ・ 調剤 ・ 訪問看護
療養費区分	柔整 ・ 鍼灸 ・ マッサージ
提出方法	領収証明書 ・ 領収証明一覧表

※ 該当する点数表区分又は療養費区分及び提出方法を○で囲んでください。

《内訳》

市町 コード	市町名	証明件数	決定件数 ※連合会使用欄	市町 コード	市町名	証明件数	決定件数 ※連合会使用欄
001	津 市	件	件	053	木曾岬町	件	件
002	四日市市	件	件	056	東員町	件	件
003	伊勢市	件	件	059	菰野町	件	件
004	松阪市	件	件	061	朝日町	件	件
005	桑名市	件	件	062	川越町	件	件
007	鈴鹿市	件	件	076	多気町	件	件
008	名張市	件	件	077	明和町	件	件
009	尾鷲市	件	件	078	大台町	件	件
010	亀山市	件	件	081	玉城町	件	件
011	鳥羽市	件	件	090	度会町	件	件
012	熊野市	件	件	103	御浜町	件	件
014	いなべ市	件	件	104	紀宝町	件	件
015	志摩市	件	件	107	大紀町	件	件
016	伊賀市	件	件	108	南伊勢町	件	件
				109	紀北町	件	件
						合 計	件

※ 市町別証明件数をご記入ください。

医 療 機 関 コ ー ド									
県番号		区分	地区コード		連 番			CD	

領 収 証 明 書 送 付 書

平成 年 月 日

市(町)長 様

所 在 地 〒 —

医療機関等 名 称

開設者氏名

電 話 — —

福祉医療費助成制度の対象となる者の領収証明書を下記のとおり送付いたします。

市 町 コ ー ド			
送 付 月		平成	年 月
証 明 件 数			件
内 訳	障 が い 者		件
	一 人 親 家 庭 等		件
	子 ど も		件
	その他 1 (※ 1)		件
	その他 2 (※ 2)		件
郵 送 料			円

※ 1 その他 1 (伊勢市一寡婦、紀宝町一老人)

※ 2 その他 2 (津市一妊産婦・精神障害者、御浜町一寡婦、紀宝町一寡婦)

※証明書類件数欄	
	件

領 収 証 明 一 覧 表

第7号様式（その2）

(保険薬局用)

(第3者行為分・後期高齢者医療費制度被保険者分を除く)

市町 コード	助成 種別	受給資格証番号	氏 名	性別	生年月日	診療年月	一部 負担 割合	入院 日数	保険請求点数	※一部負担額	公費・ 長区分	公費請求点数(額)	公費・長 一部負担額	処方せん 発行区分	処方せん発行 医療機関番号	処方せん発行 医療機関名称	備考

※一部負担額欄は、高額療養費が現物給付されたもののみレセプトの一部負担金額を記入してください。

保険診療による一部負担金を上記のとおり領収しました。

平成 年 月 日

医療機関等	医療機関コード
	所在地	〒 -
	名称	
	開設者氏名	④
	電話番号	- -

提出年月を記入してください。

平成 26 年 5 月 10 日

平成 26 年 5 月送付分 福祉医療費紙媒体送付書

三重県国民健康保険団体連合会 様

保険薬局の所在地・名称・電話番号を記入してください。

住 所 〒 514 - 8888 三重県津市

桜橋2丁目

10桁(都道府県番号2桁(三重県24)+点数表コード1桁+保険薬局コード7桁)を記入してください。

名 称 連合会薬局

電話番号 059 - 111 - 8888

医療機関コード	2	4	4	0	5	0	8	8	8	8
点数表区分	医科	・	歯科	・	<input checked="" type="radio"/> 調剤	・	訪問看護			
療養費区分	柔整	・	鍼灸	・	マッサージ					
提出方法	<input type="radio"/> 領収証明書		・	<input checked="" type="radio"/> 領収証明一覧表						

該当する提出方法を○で囲んでください。

※ 該当する点数表区分又は療養費区分及び提出方法を○で囲んでください。

決定件数欄は国保連合会が使用する欄です。

〈内訳〉

市町コード	市町名	証明件数	決定件数 ※連合会使用欄	市町コード	市町名	証明件数	決定件数 ※連合会使用欄
001	津市	7件	件	053	木曾岬町	1件	件
002	四日市市	5件	件	056	東員町	件	件
003	伊勢市	件	件	059	菰野町	件	件
004	松阪市	3件	件	061	朝日町	件	件
005	桑名市	件	件	062	川越町	件	件
007	鈴鹿市	件	件	076	多気町	件	件
008	名張市	件	件	077	明和町	3件	件
009	尾鷲市	件	件	078	大台町	件	件
010	亀山市	件	件	081	玉城町	件	件
011	鳥羽市	2件	件	090	度会町	件	件
012	熊野市	件	件	103	御浜町	件	件
014	いなべ市	2件	件	104	紀宝町	件	件
015	志摩市	件	件	107	大紀町	件	件
016	伊賀市	件	件	108	南伊勢町	2件	件
				109	紀北町	件	件
					合計	25件	件

各市町毎に送付書の証明件数を記入してください。

証明件数合計を記入してください。

※ 市町別証明件数を記入してください。

10桁(都道府県番号2桁(三重県24)+点数表コード1桁+保険薬局コード7桁)を記入してください。

医療機関コード									
県番号	区分	地区コード			連番			CD	
2	4	4	0	5	0	8	8	8	8

領 収 証 明 書 送 付 書

平成 26 年 5 月 10 日

津 市(町)長 様

所在地 〒 514 - 8888 三重県津市

桜橋2丁目

保険薬局の所在地・名称・開設者氏名・電話番号を記入してください。

医療機関等 名 称 連合会薬局

開設者氏名 保険 二郎

電 話 059 - 111 - 8888

福祉医療費助成制度の対象となる者の領収証明書を下記のとおり送付いたします。

市町コード表より記入してください。

市 町 コ ー ド		0	0	1
送 付 月		平成 26 年 5 月		
証 明 件 数		25		件
内	障 が い 者	2		件
	一 人 親 家 庭 等	5		件
	子 ど も	15		件
訳	その他 1 (※ 1)			件
	その他 2 (※ 2)	3		件
郵 送 料				円

証明件数欄には合計件数を記入してください。領収証明書(個票)で1枚に4件記載ある場合は、4件と数えてください。

内訳欄には助成種別毎に証明件数を記入してください。

提出年月を記入してください。

保険薬局にて証明書料の件数の把握をする場合に記入してください。

※ 1 その他 1 (伊勢市一寡婦、紀宝町一老人)

※ 2 その他 2 (津市一妊産婦・精神障害者、御浜町一寡婦、紀宝町一寡婦)

1枚を保険薬局の控えとしてください。

※証明書料件数欄	
	件

領 収 証 明 一 覧 表

第7号様式（その2）

（保険薬局用）

（第3者行為分・後期高齢者医療費制度被保険者分を除く）

市町 コード	助成 種別	受給資格証番号	氏 名	性別	生年月日	診療年月	一部 負担 割合	入院 日数	保険請求点数	※一部負担額	公費・ 長区分	公費請求点数(額)	公費・長 一部負担額	処方せん 発行区分	処方せん発行 医療機関番号	処方せん発行 医療機関名称	備考
001	3	12345678	国保 太郎	1	4240101	42604	3		2,000						2410509999	連合会病院	
該当する市町コード を記入してください。 (コード表参照)		1男性・2女性を記 入してください。 (コード表参照)		生年月日は1明治・2 大正・3昭和・4平成 を含む数字7桁を記 入してください。 (コード表参照)		一部負担額欄が追加とな りましたので、※の場合は記 入してください。		公費番号を記入ください。 (コード表参照)		10桁(都道府県番 号2桁(三重県24) +点数表コード1桁 +医療機関コード7 桁)を記入してくだ さい。		処方せん発行医療 機関名称欄が追加 となりましたので記 入してください。					
3		12345678				42604	3										
該当する福祉医 療費助成種別 コード番号を記 入してください。 (コード表参照)		受給資格証の 番号を記入し てください。		診療年月は4(平成) を含む数字5桁を記 入してください。		負担割合は数字を記 入してください。 (コード表参照)		<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; border-radius: 20px;"> <p>【注意事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一覧表は市町単位に作成 ・各項目順は原本とおり ・助成種別順に入力 ・点数、金額はカンマ区切り ・用紙サイズはA4 ・フォントサイズは氏名、処方せん発行医療機関名称、備考は10サイズ。以外は18サイズ(参考) ・excelシートサイズは58%(参考) <p>領収証明一覧表の様式は統一です。</p> </div>									
※一部負担額欄は、高額療養費が現物給付されたもののみレセプトの一部負担金額を記入してください、										保険診療による一部負担金を上記のとおり領収しまし							

平成 26 年 5 月 10 日

医療機関等	医療機関コード	2 4 4 0 5 0 8 8 8 8
	所在地	〒 514 - 8888 三重県津市桜橋2丁目
	名称	連合会薬局
	開設者氏名	保険 二郎 Ⓔ
電話番号	059 - 111 - 8888	

保険薬局の所在地・名称・開設者氏名・
電話番号を記入し押印してください。

10桁(都道府県番号2
桁(三重県24)+点数
表コード1桁+保険薬
局コード7桁)を記入
してください。

領収証明書コード表

項目名称	コード	内容
点数表コード	1	医科
	3	歯科
	4	調剤
	6	訪問看護
	7	鍼灸
	8	柔整
	9	マッサージ
市町村コード	001	津市
	002	四日市市
	003	伊勢市
	004	松阪市
	005	桑名市
	007	鈴鹿市
	008	名張市
	009	尾鷲市
	010	亀山市
	011	鳥羽市
	012	熊野市
	014	いなべ市
	015	志摩市
	016	伊賀市
	053	木曾岬町
	056	東員町
	059	菰野町
	061	朝日町
	062	川越町
	076	多気町
077	明和町	
078	大台町	
081	玉城町	
090	度会町	
103	御浜町	
104	紀宝町	
107	大紀町	
108	南伊勢町	
109	紀北町	
助成種別	1	障がい者医療
	2	一人親家庭等医療
	3	子ども医療
	4	その他 1
	5	その他 2

項目名称	コード	内容
性別	1	男
	2	女
年号	1	明治
	2	大正
	3	昭和
	4	平成
負担割合	1	1割負担
	2	2割負担
	3	3割負担
入外区分	1	入院
	Null	外来
公費・マル長区分	10	感染症予防医療法の結核治療・適正医療（37条の2）
	11	感染症予防医療法の結核治療・入院医療（37条）
	13	戦傷病者特別援護法・療養給付
	14	戦傷病者特別援護法・更正医療
	15	更生医療（障害者総合支援法）
	16	育成医療（障害者総合支援法）
	17	療養の給付（児童福祉法）
	18	原爆・特定疾病医療（10条）
	19	原爆・一般疾病医療（18条）
	20	精神保健法・措置入院（29条）
	21	精神通院医療（障害者自立支援法）
	22	麻薬取締法等による入院措置
	23	養育医療（母子保健法）
	24	療養介護医療・基準該当医療（障害者自立支援法）
	25	中国残留邦人等の医療支援給付
	28	一類感染症等の入院（37条）
	29	新感染症等の入院（37条）
	30	心身喪失等
	38	肝炎治療特別促進事業
	51	特定疾患治療研究事業
52	小児慢性特定疾患治療研究事業	
53	措置医療（児童福祉法又は知的障害者福祉法）	
54	難病の患者に対する医療等に関する法律	
66	石綿	
79	障害児施設医療（児童福祉法）	
99	高額長期疾病に係る特定疾病療養	
処方せん発行区分	1	発行あり
	Null	発行なし

<領収証明一覧表記載要領>

この様式は、領収証明一覧表です。

- 注意 ①第三者行為（損害賠償がある交通事故等）に係るものは、証明しないでください。
 ②後期高齢者医療制度の被保険者に係るものは、証明しないでください。
 ③医療保険の一部負担金を窓口で全く領収しない場合は、証明しないでください。
 ④上記以外で、公費負担で自己負担金がある場合は、当該公費を必ず記入してください。

○領収証明一覧表記入方法

1. 市町コードを記入してください。（コード表参照）
2. 該当する福祉医療費助成制度の番号を記入してください。（コード表参照）
3. 受給資格証番号、氏名を記入してください。
4. 性別（1男・2女）、生年月日は年号を含む（1明・2大・3昭・4平）和暦7桁を記入してください。（コード表参照）
5. 診療年月は年号を含む和暦5桁を記入してください。（コード表参照）
6. 一部負担割合欄には、申請者が加入する医療保険の負担割合を記入してください。（コード表参照）
7. 入院欄は記入しないでください。
8. 入院日数欄は記入しないでください。
9. 保険請求点数（額）欄には、レセプトの請求点数又は請求金額を記入してください。
10. 一部負担額欄には、高額療養費が現物給付されたもののみレセプトの一部負担金額を記入してください。
11. 公費・**長**区分には公費負担医療制度の法別番号を記入してください。**長**の法別番号は99です。
12. 公費請求点数欄には、レセプトの公費請求点数を記入してください。この欄は**長**の場合は記入しないでください。
13. 公費・**長**一部負担額には公費負担もしくは**長**にて生じた一部負担金を記入してください。
14. 処方せん発行区分欄には、該当する区分（Space 無）としてください。（コード表参照）
15. 処方せん発行医療機関の医療機関等番号・名称を記入してください。
16. 処方せん発行医療機関番号は、10桁（都道府県番号2桁（三重県24）+点数表コード1桁+医療機関番号7桁）を記入してください。
17. 提出日、医療機関コード、郵便番号、所在地、名称、開設者氏名、電話番号を記入してください。

領収証明一覧表の綴じ方

