第1583号
受
27.2.9
付
小郡三井医師会

福県医発第2996号（地）
平成27年2月5日

各医師会長　殿

福岡県医師会
会長　松田　峻一良
（公印省略）

豊前市公費医療制度拡大に伴う、「医療等の状況」等の提出に係るお願い

今般、平成27年4月診療分より豊前市の公費医療制度が拡大される旨、通知がありました。また、拡大に伴い、「医療等の状況」及び「調剤報酬明細書」の様式を変更されております。

主な変更点としましては、様式右下の公費医療制度についての欄の記入が必須となり、特に自己負担額の記入がない場合は受付できないとされておりますので、お留意願います。

また、新様式については、平成27年4月診療分よりご使用ください。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知頂きますとともに、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、ご不明な点がございましたら、豊前市教育委員会（℡　0979-82-1111）までお問い合わせください。

小郡三井医師会より

医療保険担当理事　山下拓郎
会長　廣瀬真恵

（公印省略）
26豊学総第84-2号
平成27年1月19日

関係各位　殿

豊前市教育委員会
教育長　　戸田　章

公費医療制度拡大に伴う、『医療等の状況』等の提出に係るお願い

平素より、豊前市行政にご協力ありがとうございます。

平成27年4月診療分より豊前市の公費医療制度が拡大されます。現在、学校災害共済給付制度においてご協力いただいているところではありますが、公費医療制度の拡大に伴いまして、『医療等の状況』及び『調剤報酬明細書』の様式を変更させていただきました。新様式では、様式右下の公費医療制度についての欄の記入が必須となりました。特に、自己負担額（窓口で支払った額）の記入がない場合は、受付ができませんので記入のご協力をよろしくお願いいたします。

つきましては、平成27年4月診療分より新様式を使用していただきますようお願いいたします。

新様式と併せまして、記入例も作成しお渡ししておりますが、不明点等ございましたらお問い合わせください。よろしくお願いいたします。

豊前市教育委員会
学校教育課　教育総務係　篠原
℡　0979-82-1111（内線1214）
Fax 0979-82-5240
e-mail kyoiku@city.buzen.lg.jp

27
4992

別紙３（１）

学校（保育所）記入欄

立　　学校（園）

医療等の状況

平成　　年　　月分

○この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付金の支払請求に使うものです。

被災児童生徒等	氏名		男 / 女	昭和 / 平成　年　月　日生
傷病名	(1) (2) (3)			
診療開始日	(1) 平成　年　月　日 (2) 平成　年　月　日 (3) 平成　年　月　日	診療実日数　日	転帰	治ゆ / 死亡 / 中止

診療報酬請求点数	外来に係る療養							入院に係る療養							
	十万	万	千	百	十	一	点	日数	十万	万	千	百	十	一	点
								日間							

入院に係る食事療養標準負担額	日数	万	千	百	十	一	円
	日間						

上記のとおりです。

平成　　年　　月　　日

医療機関所在地及び名称

氏名　　印

※決定	外来に係る療養分　10円×　　点×$\frac{4}{10}$＝	円
	入院に係る療養分　10円×　　点×$\frac{4}{10}$＝	円
	入院に係る食事療養標準負担額	円
	合計	円

（注）１　この医療等の状況は、医療保険各法に基づく被扶養者、被保険者又は組合員としての療養を受けた場合に使用すること。

２　病院又は診療所における医科の療養と歯科の療養は、それぞれ別葉とすること。

３　入院に係る食事療養標準負担額欄は、食事をとった日数の合計と食事療養標準負担額の合計額を記入すること。

４　※印は、記入しないこと。

５　この医療等の状況の用紙は、日本工業規格Ａ４縦型とすること。

医療機関へお願い

診療報酬請求点数及び負担金額欄中、空欄となる上位けた数欄は、×印等で抹消してください。

【お願い】　上記証明において利用した公費負担医療制度について下欄へ記入してください。記入がない場合は受付できません。（*該当する項目に○をつけてください。）

記入者*	公費負担医療制度*	乳幼児・ひとり親・子ども医療助成・障害者総合支援法
医療機関・その他（　）	（利用している制度がない場合はその他に記入）	その他（　）
	自己負担額（窓口で支払った額を記入）	円

記入例【医療等の状況（医療機関用）】

①病院、診療所又は歯科医院で療養を受けたときに使用します（健康保険の適用のない医療機関では使用できません。）。

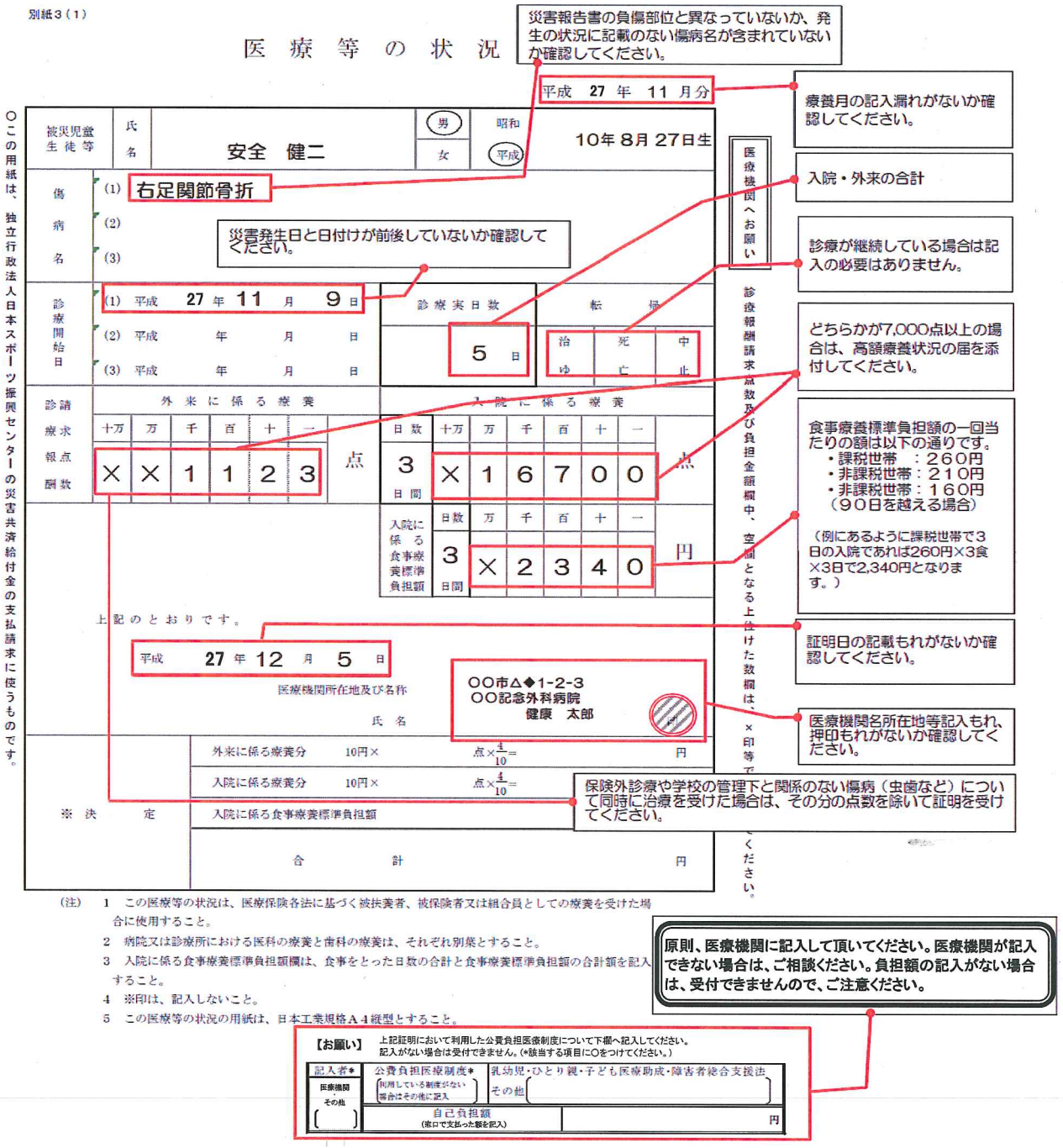
②この様式は医師証明用紙につき、学校並びに保護者での加筆訂正はできません（公費負担医療制度記入欄除く）。

③証明いただいた傷病名が、学校・保育所の管理下の災害以外にも原因が考えられる場合など、傷病名と因果関係が判然としない場合、その因果関係について医師の所見を傷病名欄余白等に記入してもらってください。

④保険薬局では使用できません。

⑤請求する場合は、療養月ごとに証明をもらってください。

⑥総医療費（１０割分）を証明していただいてください。



別紙３（７）

学校（保育所）記入欄

立　　学校（園）

調剤報酬明細書

平成　　年　　月分

○この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付金の支払請求に使うものです。

被災児童生徒等	氏名		男・女	昭和・平成　年　月　日生
保険医療機関の所在地及び名称		保険医氏名	1.　6. 2.　7. 3.　8. 4.　9. 5.　10.	受付回数　回

処方月日	調剤月日	処方 医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料	調剤数量	調剤報酬点数 調剤料	薬剤料	加算料
・	・		点		点	点	点
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						

摘要				
合計　点	調剤基本料　点	時間外等加算　点	指導料　点	

上記のとおりです。

平成　　年　　月　　日

保険薬局所在地及び名称

氏名　　印

※決定	10円×　　点×$\frac{4}{10}$＝　　円

（注）１　この明細書は、医療保険各法に基づく被扶養者、被保険者又は組合員として保険薬局から調剤を受けた場合に使用すること。
２　※印は、記入しないこと。
３　この明細書の用紙は、日本工業規格Ａ４縦型とすること。

【お願い】　上記証明において利用した公費負担医療制度について下欄へ記入してください。記入がない場合は受付できません。
（*該当する項目に○をつけてください。）

記入者*	公費負担医療制度*（利用している制度がない場合はその他に記入）	乳幼児・ひとり親・子ども医療助成・障害者総合支援法
医療機関・その他（　）		その他（　）
	自己負担額（窓口で支払った額を記入）	円

記入例【調剤報酬明細書】

① 病院や診療所で薬の処方箋をもらい、病院外の調剤薬局で薬を処方していただいたときに使用します。

② 同月の「医療等の状況」と一緒に請求してください。

別紙３（７）

調剤報酬明細書

平成 27 年 12 月分

○この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付金の支払請求に使うものです。

被災児童生徒等	氏名	男・女	昭和・平成 12 年 7 月 7 日生
	安全　健二		

保険医療機関の所在地及び名称	保険医氏名	受付回数
○○市○○■－■ ○○市立病院	1. 健康　太郎　6. 2. 7. 3. 8. 4. 9. 5. 10.	1 回

処方月日	調剤月日	処方 医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料	調剤数量	調剤報酬点数 調剤料	薬剤料	加算料
12・10	12・10	モーラステープ　7cm×10 cm 足関節部１日２回貼付　２８枚	108 点	1	10 点	108 点	点

摘要	合計	調剤基本料	時間外等加算	指導料
	209 点	50 点	点	41 点

上記のとおりです。

平成 27 年 1 月 5 日

保険薬局所在地及び名称　○○市○○■－■

氏名　○○○　薬局　健康　六郎

※決定　10円×

（注）１　この明細書は、医療保険各法に基づく被扶養者、被
けた場合に使用すること。
２　※印は、記入しないこと。
３　この明細書の用紙は、日本工業規格Ａ４縦型とすること。

【お願い】　上記証明において利用した公費負担医療制度について下欄へ記入してください。記入がない場合は受付できません。
（*該当する項目に○をつけてください。）

記入者*	公費負担医療制度*（利用している制度がない場合はその他に記入）	乳幼児・ひとり親・子ども医療助成・障害者総合支援法
医療機関・その他（　）		その他（　）
	自己負担額（窓口で支払った額を記入）	円

療養年月の記入漏れがないか確認してください。

処方箋を発行した医療機関名、保険医師名が記入されているか確認してください。（保険薬局ではない）

診療開始日以前の処方・調剤分が含まれていないが確認してください。

この合計点数を、「医療費支払請求書」に入力（記入）してください。

薬局名押印漏れがないか確認してください。

原則、保険薬局に記入して頂いてください。保険薬局が記入できない場合は、ご相談ください。負担額の記入がない場合は、受付できませんので、ご注意ください。