

OCR様式の記入方法（総括表・請求書）

*専用様式により、OCR機器で一枚ずつ読取りを行いますので、
記入・編綴については下記の点に御注意下さい。

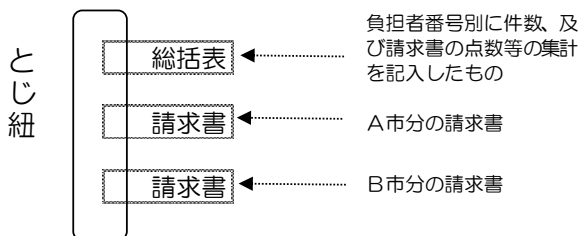
【記入上の注意】

- 必ず黒のボールペン（できればOCR用ボールペン）で、枠内に記入してください。
- 電算用請求書の印字文字は、OCR-Bフォントを使用し、枠内に印字してください。（JIS X 9001 を推奨します。）
- 用紙は折り曲げたり、汚したりしないでください。
- 訂正する場合は、二本線で消さずにキャンセル（C：「9」）して別に記入するか、修正テープ（白色）等で消去した上に記入してください。

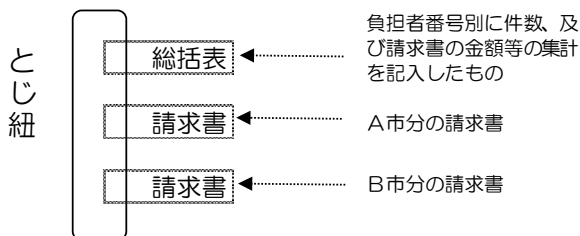
【編綴方法】

○編綴は紐で行ってください。（ホッチキスでは綴じないでください。）

①一般分



②後期高齢者分

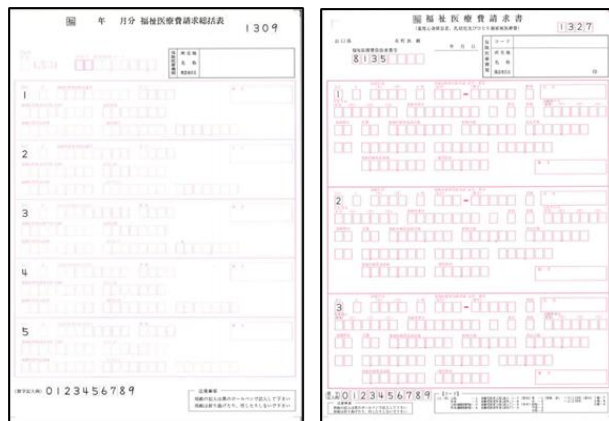


【専用様式の種類】

- 1309：総括表
- 1327：請求書（一般分手書用）
- 2327：請求書（一般分電算用）
- 1328：請求書（後期高齢者分手書用）
- 2328：請求書（後期高齢者分電算用）

後期高齢者分(1328・2328)の請求書は、
山口県外の医療機関のみで使用。
(山口県内の医療機関は後期レセプト(併用)での請求。)

(イメージ：1309・1327)



**総括表の記入例
(一般分)**

福 3年 10月分 福祉医療費請求総括表

1	3	0	9
---	---	---	---

一般後期区分 **1** (一般...1 後期...2)

県番号 医療機関コード **0312345**

7桁の医療機関コードを右つめて記入（ゴム印不可）
 ※山口県内の医療機関の場合は、県番号省略可。
 山口県外の医療機関の場合は、県番号も必ず記入。

保険医療機関

所在地 名称 開設者氏名

山口市朝田1980-7
福祉病院
福祉 太郎

医療機関コード等を記入（ゴム印でも可）

DC	C	① 福祉医療費負担者番号	② 件数	備考
1		81350035	2	
③ 福祉医療費請求点数(金額)		21408	結核点数	
④ 福祉医療費請求額		62486	一部負担金	

①福祉医療費負担者番号を記入

DC	C	福祉医療費負担者番号	件数	備考
2		81350068	1	
福祉医療費請求点数(金額)		123	結核点数	
福祉医療費請求額		369	一部負担金	

・記入誤り等で請求から除外する場合
 →C（キャンセルコード）欄に「9」を記入する。

この欄は何も記入しない。

**総括表の記入例
(後期分)**

福 3年 10月分 福祉医療費請求総括表

1	3	0	9
---	---	---	---

一般後期区分 **2** (一般...1 後期...2)

県番号 医療機関コード **342745678**

山口県外の医療機関の場合は、県番号も必ず記入。

保険医療機関

所在地 名称 開設者氏名

広島県廿日市市999-9
福祉調剤薬局
福祉 花子

①福祉医療費負担者番号毎に、
②件数
③福祉医療費請求額
の請求書の合計を記入する。
(月遅れ請求分も含める)

DC	C	① 福祉医療費負担者番号	② 件数	備考
1		81350191	2	
福祉医療費請求点数(金額)			結核点数	
③ 福祉医療費請求額		2130	一部負担金	

※後期分の場合は記入しない。

この欄は何も記入しない。

請求書の記入例
(一般分)

福祉医療費請求書
(重度心身障害者、乳幼児及びひとり親家庭医療費)

2 3 2 7

山口県 山口 市町長 殿

市町名を記入

提出年月日を記入

3 年 11 月 9 日

福祉医療費負担者番号
8 1 3 5 0 0 3 5

福祉医療費負担者番号を記入

※各欄は右づつめて記入する。

コード	03, 1234, 5
所在地 開設者氏名	山口市朝田1980-7 福祉病院 福祉 太郎

医療機関コード等を記入（ゴム印でも可）

DC	C	① 診療年月 (年) (月)	② 入・外	③ 福祉医療費受給者証 記号・番号 (記号) (番号)	性別 (男・1 女・2)	⑤ 氏名
1		0310	1	62-12345	1	山口 一郎
⑥ 生年月日 (年号) (年) (月) (日)	⑦ 保険者番号	⑧ 給付割合	⑨ 特殊	⑩ 診療科目	⑪ 日数	⑫ 福祉医療費請求額
3460707	01350016	7			7	59010
⑩ 日数	⑪ 福祉医療費請求点数	⑫ 福祉医療費請求額	一部負担金	⑬ 結核点数	⑭ 決定点数	
	19670	59010				

<「入・外」区分コード一覧（一般分）>
 1=本人・家族 入院
 2=本人・家族 外来
 3=未就学者 入院
 4=未就学者 外来
 7=高齢受給者（2割負担）入院
 8=高齢受給者（2割負担）外来
 9=高齢受給者（3割負担）入院
 0=高齢受給者（3割負担）外来

<DC1記入例：山口 一郎>
 ①診療年月：令和3年10月診療分
 ②入・外：本人 入院（50歳）
 ③受給者証記号番号：62-12345
 ④性別：男
 ⑤氏名：山口 一郎
 ⑥生年月日：昭和46年7月7日
 ⑦保険者番号：01350016
 （全国健康保険協会 山口支部）
 ⑧給付割合：7割
 ⑨入院年月日：令和3年10月25日
 ⑩日数：7日
 ⑪福祉医療費請求点数：19,670点
 ⑫福祉医療費請求額：59,010円

DC	C	① 診療年月 (年) (月)	② 入・外	③ 福祉医療費受給者証 記号・番号 (記号) (番号)	性別 (男・1 女・2)	⑤ 氏名
2	9	0310	4	72-12345	2	山口 花子
⑥ 生年月日 (年号) (年) (月) (日)	⑦ 保険者番号	⑧ 給付割合	⑨ 特殊	⑩ 診療科目	⑪ 日数	⑫ 福祉医療費請求額
5020818	01350016	8			2	5214
⑩ 日数	⑪ 福祉医療費請求点数	⑫ 福祉医療費請求額	一部負担金	⑬ 結核点数	⑭ 決定点数	
	1738	5214				

※給付割合については、省略可。
 省略された場合は、入・外区分から以下のとおり処理される。
 入・外区分 → 給付割合
 1, 2, 9, 0 → 7割
 3, 4, 7, 8 → 8割

<DC2記入例：山口 花子>
 ・記入誤り等で請求から除外する場合
 →C（キャンセルコード）欄に「9」を記入する。
 ※総括表に件数・点数・金額等を計上しないよう注意。

「特殊」欄は、長期高額に該当する場合に記入する。
 限度額1万円→5
 限度額2万円→2

DC	C	① 診療年月 (年) (月)	② 入・外	③ 福祉医療費受給者証 記号・番号 (記号) (番号)	性別 (男・1 女・2)	⑤ 氏名
3		0310	4	72-12345	2	山口 花子
⑥ 生年月日 (年号) (年) (月) (日)	⑦ 保険者番号	⑧ 給付割合	⑨ 特殊	⑩ 診療科目	⑪ 日数	⑫ 福祉医療費請求額
5020818	01350016				2	3476
⑩ 日数	⑪ 福祉医療費請求点数	⑫ 福祉医療費請求額	一部負担金	⑬ 結核点数	⑭ 決定点数	
	1738	3476				

この欄は何も記入しない。

<DC3記入例：山口 花子>
 ①診療年月：令和3年10月診療分
 ②入・外：未就学者 外来（1歳）
 ③受給者証記号番号：72-12345
 ④性別：女
 ⑤氏名：山口 花子
 ⑥生年月日：令和2年8月18日
 ⑦保険者番号：01350016
 （全国健康保険協会 山口支部）
 ⑧給付割合：8割
 ⑨入院年月日：（外来のため記入不要）
 ⑩日数：2日
 ⑪福祉医療費請求点数：1,738点
 ⑫福祉医療費請求額：3,476円

請求書の記入例
(後期分)

福 祉 医 療 費 請 求 書
(後期高齢者医療適用分)

2 3 2 8

山口県 **和木** 市町長 殿

市町名を記入

提出年月日を記入
3 年 11 月 9 日

保険 医療 機関	コード	34, 27, 4567, 8
	所在地 名称 開設者氏名	広島県廿日市市999-9 福祉調剤薬局 福祉 花子

福祉医療費負担者番号
8 1 3 5 0 1 9 1
福祉医療費負担者番号を記入

※各欄は右つめて記入する。

医療機関コード等を記入（ゴム印でも可）



DC	C	① 診療年月 (年) (月)	② 入・外	③ 福祉医療費受給者証 記号・番号 (記号) (番号)	入院年月日 (年号) (年) (月) (日)
1		0309	8	92-12345	
④ 後期 (後期...1)	診療科目	⑤ 日数	⑥ 福祉医療費請求額		
1		2	852		
⑦ 氏名 山口 太郎					

<「入・外」区分コード一覧（後期分）>
7=後期高齢者（1割負担）入院
8=後期高齢者（1割負担）外来
9=後期高齢者（3割負担）入院
0=後期高齢者（3割負担）外来

<DC1記入例：山口 太郎>
①診療年月：令和3年9月調剤分
(月遅れ請求分)
②入・外：後期高齢者（1割負担）外来
③受給者証記号番号：92-12345
④後期：1（後期分の場合必ず1を記入）
⑤日数：2回（薬局の場合調剤回数）
⑥福祉医療費請求額：852円
⑦氏名：山口 太郎

DC	C	① 診療年月 (年) (月)	② 入・外	③ 福祉医療費受給者証 記号・番号 (記号) (番号)	入院年月日 (年号) (年) (月) (日)
2		0310	8	92-12345	
④ 後期 (後期...1)	診療科目	⑤ 日数	⑥ 福祉医療費請求額		
1		3	1278		
⑦ 氏名 山口 太郎					

・後期分の場合は、「後期」欄に必ず「1」を記入する。

<DC2記入例：山口 太郎>
①診療年月：令和3年10月調剤分
②入・外：後期高齢者（1割負担）外来
③受給者証記号番号：92-12345
④後期：1（後期分の場合必ず1を記入）
⑤日数：3回（薬局の場合調剤回数）
⑥福祉医療費請求額：1,278円
⑦氏名：山口 太郎

DC	C	① 診療年月 (年) (月)	入	③ 福祉医療費受給者証 記号・番号 (記号) (番号)	入院年月日 (年号) (年) (月) (日)
3	9				
後期 (後期...1)	診療科目	日数	一部負担金	氏名	備考

・記入誤り等で請求から除外する場合
-C（キャンセルコード）欄に「9」を記入する。
※総括表に件数・金額を計上しないよう注意。

この欄は何も記入しない。

DC	C	① 診療年月 (年) (月)	入・外	③ 福祉医療費受給者証 記号・番号 (記号) (番号)	入院年月日 (年号) (年) (月) (日)
4					
後期 (後期...1)	診療科目	日数	一部負担金	氏名	備考

DC	C	① 診療年月 (年) (月)	入・外	③ 福祉医療費受給者証 記号・番号 (記号) (番号)	入院年月日 (年号) (年) (月) (日)
5					
後期 (後期...1)	診療科目	日数	一部負担金	氏名	備考