医療機関等 → 市町村

重度心身障害者医療費自己負担額差額発生報告書（医療機関等用）

No.

市町村長 殿

医療機関等番号（10桁）									
県区分		点数区分	機関番号（6桁）						CD

下記のとおり報告する。

令和　　年　月　日

医療機関等所在地
名　　称
開 設 者　　印
電　　話

	受給資格者に関する基本情報			前回報告した診療情報										差額発生後の診療情報			
	保険	重心資格証受給者番号	氏名	生年月日 号	年	月	入外	実診療年月 号	年	月	合計点数	自己負担支払額 A	合計点数	自己負担支払額 B	自己負担支払額の差額（A−B）	備考（発生理由等）
1	1. 国保 2. 社保 3. 後期			T S H R			1. 入院 2. 入院外	R			点	円	点	円	円	
2	1. 国保 2. 社保 3. 後期			T S H R			1. 入院 2. 入院外	R								
3	1. 国保 2. 社保 3. 後期			T S H R			1. 入院 2. 入院外	R								
4	1. 国保 2. 社保 3. 後期			T S H R			1. 入院 2. 入院外	R								
5	1. 国保 2. 社保 3. 後期			T S H R			1. 入院 2. 入院外	R								
6	1. 国保 2. 社保 3. 後期			T S H R			1. 入院 2. 入院外	R								
7	1. 国保 2. 社保 3. 後期			T S H R			1. 入院 2. 入院外	R								
8	1. 国保 2. 社保 3. 後期			T S H R			1. 入院 2. 入院外	R								
9	1. 国保 2. 社保 3. 後期			T S H R			1. 入院 2. 入院外	R								
10	1. 国保 2. 社保 3. 後期			T S H R			1. 入院 2. 入院外	R								

①この報告書は事業実施主体の市町村に提出すること
②この報告書は、医療機関等用差額発生報告書とする。
③報告書が2枚以上にわたる場合はNo.を記入し、2枚目以降も捺印する。
④受給者番号は，重度心身障害者医療費助成金受給資格者証に記載された番号を転記する。
⑤保険区分欄は、国保の場合は「1. 国保」を、社保の場合は「2. 社保」、後期の場合は「3. 後期」に○を附す。
⑥入外区分欄は、入院の場合は「1. 入院」を、入院外の場合は「2. 入院外」に○を附す。
⑦「前回報告した診療情報」は、以前に国保連合会 に報告した内容を転記すること。
⑧「差額発生後の診療情報」は、減額等により発生し変動した結果のレセプトの点数と自己負担支払額を記入する。
⑨「備考」欄には、差額が発生した理由等を記入する。
⑩生年月日欄は、大正の場合は「T」を、昭和の場合は「S」を、平成の場合は「H」を、令和の場合は「R」に○を附す。