

特別療養費に係る提出方法について

- ① 資格証明書の保険者番号、記号番号等必要事項をレセプトの様式を使って記載してください。
- ② ①で作成した用紙の上部中央に「特別療養費」と朱書きしてください(下図参照)。
- ③ 『特別療養費送付状』を各市郡医師会、歯科医師会、薬剤師会に配布しておりますので、取り寄せていただくか、様式をダウンロードして添付して請求してください。その後、①②により作成した用紙に必要事項を記載して、通常の診療報酬請求分のレセプトとは別綴じで国保連合会に提出してください。
- ④ コンピュータ入力上、保険者番号に該当保険者番号が入力できない場合は、右上に保険者がわかるよう手書きで記載してください。

朱書きしてください。

保険者番号を記入してください。

資格証明書の番号を記入してください。

特別療養費

診療報酬明細書

平成 年 月分 県番 医コ

1	医科
---	----

-		-						
公負①		公受①		保険者番号				給付割合
公負②		公受②		被保険者証・被保険者手帳等の記号番号				

氏名

1男 2女 1明 2大 3昭 4平

職務上の事由 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害

特記事項

保険医療機関の所在地及び名称

傷病名		療養日数	公費の	日
		公費の		日

	保	請求点	※決定点	一部負担金額	円	
療養の給付	①	点	点	減額 割(P)免除・支払猶予	円	
	②	点	点		円	