

ひとり親家庭等医療費助成事業に係る  
請求方法及びレセプト等の記載について

平成24年12月

社会保険診療報酬支払基金大分支部  
大分県国民健康保険団体連合会

# 目 次

請求支払の概要、請求要領について	P1
1 診療報酬請求書の記載方法について【社保】【国保】	P2・3
2 ひとり親家庭等医療費助成事業に係るレセプトの作成について	P4
3 診療(調剤)報酬明細書の記載方法について	P5
4 診療(調剤)報酬明細書の請求事例について	
● 医科	
事例①:2者併用外来	
1.自己負担がある場合	P6
2.自己負担がない場合	P7
事例②:2者併用入院	
1.自己負担がある場合	P8
2.自己負担がない場合	P9
3.限度額適用認定証提示なし(高額療養費が発生する場合)	P10
4.限度額適用・標準負担額減額認定証提示あり(低所得者)【社保】	P11
5.限度額適用・標準負担額減額認定証提示あり(低所得者)【国保】	P12
事例③:自立支援との3者併用	
1.自己負担がある場合	P13
2.自己負担がない場合	P14
3.助成事業に請求金額が発生しない場合	P15
4.自立支援と助成事業の一部負担金が同額の場合	P16
5.医療保険(ひとり親)と自立支援が異点数	P17
事例④:特定疾患又は小児慢性との3者併用	
1.自己負担がある場合	P18
2.自己負担がない場合	P19
3.限度額適用・標準負担額減額認定証提示あり(低所得者)	P20
4.医療保険(ひとり親)と特定疾患が異点数	P21
5.異点数で公①、公②双方に高額療養費が発生する場合	P22
事例⑤:肝炎医療との3者併用:自己負担がある場合	P23
事例⑥:感染症(結核)との3者併用	
1.自己負担がある場合	P24
2.自己負担がない場合	P25

事例⑦: マル長対象者	
1. 2者併用	P26
2. 3者併用	P27

事例⑧: 月の途中で(82)ひとり親の資格を喪失した場合 (月の途中で生活保護を受けるようになった場合)	P28
---------------------------------------------------------	-----

● 歯科

事例⑨: 2者併用	
1. 自己負担がある場合	P29
2. 自己負担がない場合	P30

● 調剤

事例⑩: 2者併用: 自己負担がない場合	P31
----------------------	-----

● 訪問看護

事例⑪: 2者併用: 自己負担がある場合	P32
----------------------	-----

## 請求支払の概要

- 助成内容
  - 保険給付対象の一部負担金相当額  
 (例) 7割給付の場合3割分  
 [02:長]の場合は10,000円(但し、[16:長]については20,000円)
  - 公費負担者医療に対する一部負担金額  
 ※入院時食事療養費標準負担額及び入院時生活療養費標準負担額は助成対象外です。
- 対象医療機関等  
 県内の保険医療機関(医科、歯科)、保険薬局、訪問看護ステーション
- 受給者負担  
 1医療機関当たり  
 【通院】 親 500円/日 (負担上限:月4回(2,000円まで))  
           子 無料  
 【入院】 親 500円/日 (負担上限:月14日(7,000円まで))  
           子 無料  
 ※保険薬局での受給者負担はありません。
- 請求先  
 社会保険診療報酬支払基金大分支部 (社保併用分)  
 大分県国民健康保険団体連合会 (国保併用分)
- 請求締切日  
 毎月10日
- 支払方法  
 診療報酬等と合算して指定された口座に振り込みます。

## 請求要領

- 請求方法  
 公費負担医療に準じた請求とします。
- 公費負担者番号の設定  
 事業別番号を「82」とし、公費負担者番号を下記のとおりとします。

市町村名	公費負担者番号	市町村名	公費負担者番号
大分市	8 2 4 4 0 0 1 7	杵築市	8 2 4 4 0 1 0 8
別府市	8 2 4 4 0 0 2 5	宇佐市	8 2 4 4 0 1 1 6
中津市	8 2 4 4 0 0 3 3	豊後大野市	8 2 4 4 1 0 1 5
日田市	8 2 4 4 0 0 4 1	由布市	8 2 4 4 1 0 2 3
佐伯市	8 2 4 4 0 0 5 8	国東市	8 2 4 4 1 0 3 1
臼杵市	8 2 4 4 0 0 6 6	姫島村	8 2 4 4 0 1 6 5
津久見市	8 2 4 4 0 0 7 4	日出町	8 2 4 4 0 2 0 7
竹田市	8 2 4 4 0 0 8 2	九重町	8 2 4 4 0 4 6 2
豊後高田市	8 2 4 4 0 0 9 0	玖珠町	8 2 4 4 0 4 7 0

参考

8	2	4	4	0	0	1	7
法別 番号	都道府県 番号	実施機関 番号		検証 番号			

- レセプト等の作成  
 2ページ以降の請求書記載方法、記載事例をご参照下さい。

1 診療報酬請求書の記載方法について

**社保**

【1枚目】

平成 年 月分診療報酬請求書(医科・歯科 入院・入院外併用)

別記 殿

医療機関コード

保険医療機関の

所在地及び名称

下記のとおり請求します。

平成 年 月 日

開設者氏名

印

入・外

区 分	療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養			
	件数	診療実日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額

(中略)

医保〇〇と公費の併用								
医 保 単 独 ( 〇 〇 )	01	(協)						
	02(船)	職務上						
		職務外						
	03	(日)						
	04	(日雇)						
	31~34(共)	下船3						
		一般						
	06	(組)						
63・72~75	(退)							
小 計								

請求書1枚目の該当種別の「医保〇〇と公費の併用」欄に請求件数等の記載をお願いします。(国の公費負担医療に係る請求書の記載方法と同様です。)

(以下略)

【2枚目】

請求書2枚目の「公費と医保の併用」欄の空白行に法別番号等を記載のうえ請求件数等の記載をお願いします。(括弧内は省略可。)

区 分	療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養			
	件数	診療実日数	点数	一部負担金 (控除額)	件数	回数	金額	標準負担額
公費と 医保の 併用	12(生保)							
	10(感染症37の2)							
	<b>82(ひとり親)</b>							
公費と公	12(生保)							
	10(感染症37の2)							

(以下略)

**国保**

【1枚目】

平成 年 月分診療報酬請求書(医科・歯科)

保険者名		殿	医療機関コード
保険者番号			保険医療機関の

下記のとおり請求します。

平成 年 月 日

[国民健康保険]

所在地及び名称

開設者氏名

印

区 分			療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養			
			件数	診療実日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額
一般 七〇歳以上	一般・低所得	請求	入院							
			入院外							
	※決定	入院								
		入院外								
一般 七〇歳以上	七割	請求	入院							
			入院外							
	※決定	入院								
		入院外								

(以下略)

請求書2枚目に法別番号記載の上、請求件数等の記載をお願いします。

【2枚目】

区 分			療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養			
			件数	診療実日数	点数	一部負担金 (控除額)	件数	回数	金額	標準負担額
ひとり親 (82)	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								

(以下略)

## 2 ひとり親家庭等医療費助成事業に係るレセプトの作成について

\* 窓口で提示された「被保険者証」等及び「ひとり親家庭等医療費受給資格証」に基づいて、レセプトへ保険者番号等を記載してください。

なお、「〇〇市ひとり親家庭等医療費受給資格証」はイメージです。

(従前からある国の公費負担医療に係る併用レセプトの作成方法と同様です。)

### 受給資格証(イメージ)

〇〇市ひとり親家庭等医療費受給資格証	
受給者番号	1234567
受給者	住所
	氏名
	生年月日
有効期間	
交付年月日	
発行機関名及び印	
公費負担者番号	8244〇〇〇〇

公費負担医療の受給者番号①へ

公費負担者番号①へ

〇〇〇〇被保険者証	
保険者番号	0644〇〇〇〇
記号番号	12・345
氏名	
住所	
資格取得年月日	

(注) 国の公費負担医療がある場合は公費②欄への記載となります。

診療報酬明細書(医科入院外)	平成 年 月 分	県番 44	医療機関コード 99.9999.9	1医科 1社・国 2併 4六外
公費番号①	82 44 〇〇〇 〇	公費受給①	123456 7	保険者番号 06 44 〇〇〇 〇
公費番号②		公費受給②		記号・番号 12・345
氏名	1男 2女 平成 . . 生	特記事項	保険医療機関の所在地及び名称	
職務上の事由			床	

(以下略)

### 3 診療(調剤)報酬明細書の記載方法について

審査支払機関へレセプトを提出される場合は、次の点にご留意願います。

- ① 医療保険との併用レセプトで請求します。
- ② ひとり親家庭等医療費助成事業に係る公費患者負担額欄への記載については、上限額未満の場合は、原則1円単位で記載します。
- ③ ひとり親家庭等医療費助成事業に係る一部負担金がない場合は、「負担金額」等欄は「0」を記載します。
- ④ 国の公費負担医療との併用で、医療保険と国の公費負担医療が異点数の場合は、ひとり親家庭等医療費助成事業の請求点数は空欄ではなく総医療費の点数を記載します。
- ⑤ 国の公費負担医療によりひとり親家庭等医療費助成事業に請求金額が生じない場合は、公費負担者番号等の記載については必要ありません。  
  
ただし、患者負担額によりひとり親家庭等医療費助成事業に請求金額が生じない場合は公費負担者番号等の記載をお願いします。
- ⑥ 食事療養費及び生活療養費については、医療費助成事業の助成対象外のため「0」を記載します。
- ⑦ 公費負担者番号欄に記載ができない場合は、摘要欄に「公費負担者番号」、「受給者番号」、「実日数」、「請求点数」及び「負担金」の記載をお願いします。
- ⑧ 社会保険と国民健康保険・後期高齢者医療では現物高額療養費の取扱いが異なります。

	施行規則による取扱い	地方単独事業が併用された場合の取扱い
社 保	高額療養費の支給要件として、健保法施行規則第98条第11号における厚生労働大臣が定める医療給付(告示)に地方単独事業が公費負担医療として規定されている。	一般で算出する。(現物高額の計算を一律「一般」により処理できる。)
国 保	高額療養費の支給要件として、国保法施行規則第27条の12に地方単独事業は公費負担医療として規定されていない。	所得区分に応じて算出する。(現物高額の計算を一律「一般」で処理できない。)
後 期	高額療養費の支給要件として、高齢者医療確保法施行規則第61条に地方単独事業は公費負担医療として規定されていない。	

#### 4 診療(調剤)報酬明細書の請求事例について

##### 【事例①-1】自己負担がある場合

医保と(82)ひとり親(自己負担 500円/日※月4回までの場合)の2者併用((親)本人3割負担)

診療報酬明細書(医科入院外) 平成 24 年 12 月分 県番 44 医コ 99.9999.9

1医科		1社・国		22併		2本外	
公費①	82 44 ○○○○ ○	公受①	○○○○○○○ ○	保険	○○ ○○ ○○○ ○		
公費②		公受②		記号・番号			
氏名	性別 昭 55.6.12 生		特記事項	保険医			
職務上の事由				療機関			
				の所在			
傷病名	(1)	(2)	診療開始日	(1) 年 月 日	(2) 年 月 日	診療実日数	保 1 日
						①	日
						②	日
療養の給付	請求点	※決定点	一部負担金額 円	一部負担金額が自己負担限度額を超えない場合は、1円単位で記載します。			
公①	155		465				
公②				※高額 円	※公点	※公点	

(82)ひとり親への請求金額は発生しませんが、公費負担者番号等の記載が必要です。

##### 【療養の給付の請求(負担)金額】

###### ○療養の給付

###### 医保

$$1,085 \text{ 円} = 1,550 \text{ (総医療費)} \times 0.7$$

###### (82)ひとり親

$$0 \text{ 円} = 1,550 \text{ (総医療費)} \times 0.3 - 465 \text{ (患者負担)}$$

###### 患者

465 円(実際の窓口徴収額は四捨五入で 470円 になります。)

**【事例①-2】自己負担がない場合**

医保と(82)ひとり親(自己負担なしの場合)の2者併用((子)未就学者2割負担)

診療報酬明細書(医科入院外) 平成 24年 12 月分 県番 44 医コ 99.9999.9 1医科 1社・国 22併 4六外

—		—		保険	〇〇	〇〇	〇〇〇	〇			
公費①	82	44	〇〇〇	〇	公受①	〇〇〇〇〇〇	〇				
公費②				公受②							
氏名	性別 平 20.2.7 生			特記事項	保険医療機関の所在地及び名称						
職務上の事由											
傷病名	(1)				診療開始日	(1)	年	月	日		
	(2)					(2)	年	月	日		
								診療実日数	保	1	日
								①			日
								②			日

療養の給付	保険	請求点	※決定点	一部負担金額	一部負担金額が発生しない場合は「0」円と記載します。		
	公①	1,000		0			
	公②				※高額	円	※公点

**【療養の給付の請求(負担)金額】**

○療養の給付

医保

8,000円 = 10,000(総医療費) × 0.8

(82)ひとり親

2,000円 = 10,000(総医療費) × 0.2 - 0(患者負担)

患者

0円

**【事例②-1】自己負担がある場合**

医保と(82)ひとり親(自己負担500円/日※月14回までの場合)の二者併用((親)本人3割負担)

<b>○診療報酬明細書</b> (医科入院)		都道府 県番号 平成 24 年 12 月分 44	医療機関コード 99.9999.9	1 ①社・国 3 後期 1 単独 ①本入 7 高入一 医科 2 公費 4 退職 ②2 併 3 六入 3 3 併 5 家入 9 高入7	
公費負担者番号① 8:2 4 4 〇 〇 〇	公費負担 医療の受 給者番号① 〇 〇 〇 〇 〇 〇	公費負担者番号② 〇 〇 〇 〇 〇 〇	公費負担 医療の受 給者番号② 〇 〇 〇 〇 〇 〇	保険者 番号 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	給付割合 10 9 8 7 ( )
氏名 1男 ②女 1明 2大 ③聴 4平 50 . 2 . 7 生 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 〇〇病院 ( 床)	
傷病名 (1) (2) (3)	診療開始日 (1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日	転治ゆ 死亡 中止 日	診療実日数 公① 公②	保険 20 日	標準負担額)円 円 円
療養の給付 請求点 ※ 決定点 20,000	負担金額 円 減額 割(円)免除・支払猶予 7,000	療養 食事・生活療養 回数 60 0	請求円 ※ 決定円 38,400 0	標準負担額)円 円 円	標準負担額)円 円 円

助成対象外のため、公費①の食事欄は「0」と記載します。

**【療養の給付の請求(負担)金額】**

○療養の給付  
 医保  
 $140,000 \text{ 円} = 200,000 \text{ (総医療費)} \times 0.7$

(82)ひとり親  
 $53,000 \text{ 円} = 200,000 \text{ (総医療費)} \times 0.3 - 7,000 \text{ (患者負担)}$

患者  
 $7,000 \text{ 円} = 500 \text{ (一日当り)} \times 14 \text{ 日}$

○食事療養費  
 医保  
 $22,800 \text{ 円} = 38,400 - 15,600$

(82)ひとり親  
 0 円

患者  
 15,600 円





**【事例②-4】限度額適用・標準負担額減額認定証提示あり(低所得者)【社保】**  
 医保と(82)ひとり親(自己負担500円/日※月14回までの場合)の2者併用((親)本人3割負担)

<b>○診療報酬明細書</b> (医科入院)		都道府県番号 平成 24 年 12 月分 44	医療機関コード 99,9999.9	1 社・国 2 公費 3 後期 4 退職 1 単独 2 2併 3 3併 1 本入 3 六入 5 家人 7 高入一 9 高入7	10 9 8 7 ( )
公費負担者番号①	8 2 4 4 〇 〇 〇 〇	公費負担医療の受給者番号①	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	保険者番号 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号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 50 . 5 . 5 生		特記事項	保険医療機関の所在地及び名称 〇〇病院	
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害		19 低所	( 床)	
傷病名	(1) (2) (3)	診療開始日	(1) (2) (3)	転治ゆ 死亡 中止 診察実日数	20 日
療養の給付	請求点 ※ 決定点	負担金額 円	療養の給付	請求点 ※ 決定点	(標準負担額) 円
公費①	50,000	82,430	公費①	60	38,400
公費②		7,000	公費②	0	0

社保分は限度額認定証が提示された場合であっても、一律「一般」の所得区分での計算となります。

助成対象外のため、公費①の食事欄は「0」と記載します。

**【療養の給付の請求(負担)金額】**

○療養の給付

医保  
 417,570 円 = 350,000(7割分) + 67,570(高額療養費)  
 82,430 円【82給付限度額】 = {80,100 + (500,000(総医療費) - 267,000) × 0.01}  
 67,570 円【高額療養費】 = 500,000(総医療費) × 0.3 - 82,430(82給付限度額)

(82)ひとり親  
 75,430 円 = 82,430(82給付限度額) - 7,000(患者負担)

患者  
 7,000 円 = 500(一日当り) × 14日

○食事療養費

医保  
 25,800 円 = 38,400 - 12,600

(82)ひとり親  
 0 円

患者  
 12,600 円

**【事例②-5】限度額適用・標準負担額減額認定証提示あり(低所得者)【国保】**  
 医保と(82)ひとり親(自己負担500円/日※月14回までの場合)の2者併用((親)本人3割負担)

○診療報酬明細書 (医科入院)		都道府 県番号	医療機関コード	1 ①社・国 2 公費 3 後期 4 退職 5 単独 6 併 7 併 8 本入 9 六入 0 七高入一	10 9 8 7 ( )
平成 24 年 12 月分 44		99,9999.9			
公費負担者番号①	8:2	4:4	○:○:○:○	公費負担 医療の受 給者番号①	○:○:○:○:○:○
公費負担者番号②				公費負担 医療の受 給者番号②	
氏名	1男 ②女 1明 2大 ③昭 4平 50 . 5 . 5 生			特記事項	19 低所
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害			保険医 療機関 の所在 地及び 名称	○○病院
傷病名	(1)	(2)	(3)	診療 開始 日	(1) 年 月 日 転 治ゆ 死亡 中止 診療 実日数 公① 公②
療養の給付	請求点	※ 決 定 点	負担金額 円	保 険 食 事 ・ 生 活 療 養 費	保 険 公 費 ① 公 費 ②
	50,000		35,400	60	38,400
			7,000	0	0

国保分は限度額認定証が提示された場合は、所得区分に応じた計算となります。

助成対象外のため、公費①の食事欄は「0」と記載します。

**【療養の給付の請求(負担)金額】**

○療養の給付

医保

464,600 円 = 350,000 (7割分) + 114,600 (高額療養費)

35,400 円【82給付限度額】

114,600 円【高額療養費】 = 500,000 (総医療費) × 0.3 - 35,400 (82給付限度額)

(82)ひとり親

28,400 円 = 35,400 (82給付限度額) - 7,000 (患者負担)

患者

7,000 円 = 500 (一日当り) × 14日

○食事療養費

医保

25,800 円 = 38,400 - 12,600

(82)ひとり親

0 円

患者

12,600 円

【事例③-1】自己負担がある場合

医保と(21)精神と(82)ひとり親(自己負担 500円/日※月4回までの場合)の3者併用((親)本人3割負担)

	請求点数	(21)精神 患者負担額	(82)ひとり親 患者負担額
1日目	600点	600円	500円
2日目	700点	700円	500円
3日目	700点	700円	500円
4日目	1,000点	1,000円	500円
<b>合計</b>	<b>3,000点</b>	<b>3,000円</b>	<b>2,000円</b>

診療報酬明細書(医科入院外) 平成 24年 12月分 県番 44 医コ 99.9999.9 1医科 1社・国 33併 2本外

一		一		保険	〇〇	〇〇	〇〇〇	〇
公費①	21 44 〇〇〇 〇	公受①	〇〇〇〇〇〇 〇	記号・番号				
公費②	82 44 〇〇〇 〇	公受②	〇〇〇〇〇〇 〇	氏名 性別 昭 52.4.3 生				
氏名				特記事項				
職務上の事由				保険医療機関の所在地及び名称				
傷病名	(1)			診療開始日	(1)	年 月 日	診療実日数	保 4 日
	(2)				(2)	年 月 日		
					①	日		
				②			日	

療養の給付	請求点	※決定点	一部負担金額 円			
保険	3,000					
公①			3,000			
公②			2,000	※高額 円	※公点	※公点

(82)については、(21)患者負担から(82)患者負担を差引いた額を助成します。  
 なお、(82)への請求額がなくなる場合については、公①一部負担金額と同額が公②一部負担金額に記載されることとなります。(事例③-4参照)

**【療養の給付の請求(負担)金額】**  
 ○療養の給付  
 医保  
 $21,000 \text{ 円} = 30,000 \text{ (総医療費)} \times 0.7$   
 (21)精神  
 $6,000 \text{ 円} = 30,000 \text{ (総医療費)} \times 0.3 - 3,000 \text{ (21患者負担)}$   
 (82)ひとり親  
 $1,000 \text{ 円} = 3,000 \text{ (21患者負担)} - 2,000 \text{ (患者負担)}$   
 患者  
 $2,000 \text{ 円} = 500 \text{ (一日当り)} \times 4 \text{ 日}$

※(21)精神患者負担額が一日当りの(82)患者負担限度額500円を下回る日がある場合

	請求点数	(21)精神 患者負担額	(82)ひとり親 患者負担額
1日目	600点	600円	500円
2日目	300点	300円	300円
3日目	700点	700円	500円
4日目	1,400点	1,400円	500円
<b>合計</b>	<b>3,000点</b>	<b>3,000円</b>	<b>1,800円</b>

(21)患者負担が一日当りの(82)患者負担限度額500円を下回る場合は、実際の負担額となります。

療養の給付	請求点	※決定点	一部負担金額 円			
保険	3,000					
公①			3,000			
公②			1,800	※高額 円	※公点	※公点

**【事例③-2】自己負担がない場合**

医保と(21)精神と(82)ひとり親(自己負担なしの場合)の3者併用((子)家族3割負担)

療養報酬明細書(医科入院外)		平成 24年 12月分	県番 44	医コ 99.9999.9	1医科	1社・国	33併	6家外		
—		—		保険	○○	○○	○○○	○		
公費①	21 44 ○○○ ○	公受①	○○○ ○○○ ○	記号・番号						
公費②	82 44 ○○○ ○	公受②	○○○ ○○○ ○							
氏名	性別 平 12.4.3 生		特記事項	保険医 療機関 の所在 地及び 名称						
	職務上の事由									
傷病名	(1)	診療開始日	(1)	年	月	日	診療実日数	保	4	日
	(2)		(2)	年	月	日				

療養の給付	保険	請求点	※決定点	一部負担金額 円	一部負担金額が発生しない場合は「0」円と記載します。
	公①	3,000		3,000	
	公②			0	

**【療養の給付の請求(負担)金額】**

○療養の給付

医保  
 $21,000 \text{ 円} = 30,000 \text{ (総医療費)} \times 0.7$

(21)精神  
 $6,000 \text{ 円} = 30,000 \text{ (総医療費)} \times 0.3 - 3,000 \text{ (21患者負担)}$

(82)ひとり親  
 $3,000 \text{ 円} = 3,000 \text{ (21患者負担)} - 0 \text{ (患者負担)}$

患者  
 0 円

**【事例③-3】助成事業に請求金額が発生しない場合**  
**医保と(21)精神と(82)ひとり親(自己負担なしの場合)の3者併用((子)家族3割負担)**

診療報酬明細書(医科入院外) 平成 24年 12月分 県番 44 医コ 99.9999.9 1医科 1社・国 ~~33併~~ 6家外

—		—		保険	〇〇	〇〇	〇〇〇	〇
公費①	21	44	〇〇〇	〇	記号・番号			
公費②	82	44	〇〇〇	〇				
公受①	〇〇〇〇〇〇			〇				
公受②	〇〇〇〇〇〇			〇				
氏名	性別 平 12.4.3 生			特記事項	保険医療機関の所在地及び名称			
職務上の事由				診療開始日	(1) 年 月 日	(2) 年 月 日	診療実日数	保 4 日
傷病名	(1) (2)							① 日 ② 日

『2 2併』になります。

療養の給付	保険	請求点	※決定点	一部負担金額 円	
	公①	3,000		0	
	公②				※高額 円 ※公点 ※公点

国の公費負担医療により、(82)ひとり親への請求金額が発生しないので、公費負担者番号等の記載は不要です。

**【療養の給付の請求(負担)金額】**

○療養の給付

医保

$$21,000 \text{ 円} = 30,000 \text{ (総医療費)} \times 0.7$$

(21)精神

$$9,000 \text{ 円} = 30,000 \text{ (公①21)} \times 0.3$$

(82)ひとり親

0 円

患者

0 円

**【事例③-4】自立支援と助成事業の一部負担金が同額の場合**

医保と(21)精神と(82)ひとり親(自己負担 500円/日※月4回までの場合)の3者併用((親)本人3割負担)

診療報酬明細書(医科入院外) 平成 24年 12月分 県番 44 医コ 99.9999.9 1医科 1社・国 33併 2本外

—		—		保険	〇〇	〇〇	〇〇〇	〇					
公費①	21	44	〇〇〇	〇	公受①	〇〇〇〇〇〇	〇	記号・番号					
公費②	82	44	〇〇〇	〇	公受②	〇〇〇〇〇〇	〇						
氏名	性別 昭 52.4.3 生			特記事項	保険医療機関の所在地及び名称								
	職務上の事由												
傷病名	(1)				診療開始日	(1)	年	月	日	診療実日数	保	4	日
	(2)					(2)	年	月	日				
											②	日	
療養の給付	保険	請求点	※決定点	一部負担金額	同額の場合。								
	公①	2,000		2,000									
	公②			2,000	※高額	円	※公点	※公点					

(82)ひとり親への請求金額は発生しませんが、公費負担者番号等の記載が必要です。

**【療養の給付の請求(負担)金額】**

○療養の給付

医保

$$14,000 \text{ 円} = 20,000 (\text{総医療費}) \times 0.7$$

(21)精神

$$4,000 \text{ 円} = 20,000 (\text{総医療費}) \times 0.3 - 2,000 (21 \text{ 患者負担})$$

(82)ひとり親

$$0 \text{ 円} = 2,000 (21 \text{ 患者負担}) - 2,000 ( \text{患者負担} )$$

患者

$$2,000 \text{ 円} = 500 (\text{一日当り}) \times 4 \text{ 日}$$

**【事例③-5】医療保険(ひとり親)と自立支援が異点数**

医保と(21)精神と(82)ひとり親(自己負担 500円/日※月4回までの場合)の3者併用((親)本人3割負担)

	請求点数	(21)精神 点数	(21)精神 患者負担額	(82)ひとり親 患者負担額
1日目	500点	0点	0円	500円
2日目	700点	700点	700円	500円
3日目	800点	800点	800円	500円
4日目	1,000点	1,000点	1,000円	500円
合計	3,000点	2,500点	2,500円	2,000円

診療報酬明細書(医科入院外) 平成 24年 12月分 県番 44 医コ 99.9999.9

1医科	1社・国	33併	2本外
保険	〇〇	〇〇	〇〇〇
公費①	21 44 〇〇〇 〇	公受①	〇〇〇〇〇〇 〇
公費②	82 44 〇〇〇 〇	公受②	〇〇〇〇〇〇 〇
氏名	性別 昭 52.4.3 生	特記事項	保険医療機関の所在地及び名称
傷病名	(1) (2)	診療開始日	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日
診療実日数	保 4 日	①	3 日
	②	4 日	

療養の給付	請求点	※決定点	一部負担金額 円	※高額 円	※公点	※公点
保険	3,000					
公①	2,500		2,500			
公②	3,000		2,000			

総点数を記載します。

**【療養の給付の請求(負担)金額】**

○療養の給付

医保  
 $21,000 \text{ 円} = 30,000 \text{ (総医療費)} \times 0.7$

(21)精神  
 $5,000 \text{ 円} = 25,000 \text{ (公①21)} \times 0.3 - 2,500 \text{ (21患者負担)}$

(82)ひとり親  
 $2,000 \text{ 円} = 2,500 \text{ (21患者負担)} + \{ (30,000 \text{ (総医療費)} - 25,000 \text{ (公①21)}) \times 0.3 \} - 2,000 \text{ (患者負担)}$

患者  
 $2,000 \text{ 円} = 500 \text{ (一日当り)} \times 4 \text{ 日}$



【事例④-2】自己負担がない場合

医保と(52)小児慢性と(82)ひとり親(自己負担なしの場合)の3者併用((子)家族3割負担)

○診療報酬明細書 (医科入院)		都道府 県番号	医療機関コード	1 1社・国 2公費 3後期 4退職 5単 2併 3併 6本入 3六入 7高入 7高入	1 1単 2併 3併 6本入 3六入 7高入	1 1本入 3六入 7高入
平成 24 年 12 月分 44		99.9999.9				
公費負担者番号①	5 2 4 4 ○ ○ ○ ○	公費負担医療の受給者番号①	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	保険者番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	給付割合
公費負担者番号②	8 2 4 4 ○ ○ ○ ○	公費負担医療の受給者番号②	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号		
氏名	特記事項		保険医療機関の所在地及び名称			
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5 . 8 . 11 生	18 一般		○○病院 (床)			
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害					
傷病名	(1) (2) (3)	診療開始日	(1) (2) (3)	転帰	治癒 死亡 中止	診療実日数
療養の給付	請求点※	決定点	負担金額 円	保険回数	請求円※	決定円 (標準負担額) 円
公費①	20,000		減額 割(円)免除・支払額 円	27	17,280	7,020
公費②			5,500	0	0	0

一部負担金額が発生しない場合は「0」円と記載します。

助成対象外のため、公費②の食事欄は「0」と記載します。

【療養の給付の請求(負担)金額】

○療養の給付

医保

$$140,000 \text{ 円} = 200,000 \text{ (総医療費)} \times 0.7$$

(52)小児慢性

$$54,500 \text{ 円} = 200,000 \text{ (総医療費)} \times 0.3 - 5,500 \text{ (52患者負担)}$$

(82)ひとり親

$$5,500 \text{ 円} = 5,500 \text{ (52患者負担)} - 0 \text{ (患者負担)}$$

患者

0 円

○食事療養費

医保

$$10,260 \text{ 円} = 17,280 - 7,020$$

(52)小児慢性

7,020 円

(82)ひとり親

0 円

患者

0 円



**【事例④-4】医療保険（ひとり親）と特定疾患が異点数**

医保と(51)特定疾患と(82)ひとり親(自己負担500円/日※月14回までの場合)の3者併用((親)本人3割負担)

○診療報酬明細書 (医科入院)										都道府県番号		医療機関コード		1 社・国 2 公費		3 後期 4 退職		1 単独 2 2併 3 3併		1 本入 3 六入 5 家入		7 高入 9 高入7													
平成 24 年 12 月分 44										99.9999.9																									
公費負担者番号①										5144		○ ○ ○ ○		公費負担医療の受給者番号①		○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		保険者番号		○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		給付割合		1098											
公費負担者番号②										8244		○ ○ ○ ○		公費負担医療の受給者番号②		○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号																	
氏名										特記事項										保険医療機関の所在地及び名称		○○病院													
(1男)2女 1明 2大 (昭)4平 49.8.11 生										18 一般																									
職務上の事由										1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害																									
傷										(1)										診療開始日		(1) 年 月 日		転		治ゆ		死亡		中止		診療日数		9 日	
(2)																				(2)		年 月 日													
																				(3)		年 月 日													
請求点※										決定点										負担金額 円		保険回数		請求円※		決定円		(標準負担額) 円							
60,000										97,930										27		17,280				7,020									
55,000										11,500										回		円※		円		円									
60,000										4,500										0		0		※		円		0							

総点数を記載します。

特定疾患の自己負担限度額を超えない範囲となります。超えた場合は国公費の限度額を記載します。

助成対象外のため、公費②の食事欄は「0」と記載します。

**【療養の給付の請求(負担)金額】**

○療養の給付

医保

502,070 円 = 600,000(総医療費) × 0.7 + 82,070(高額療養費)

82,930 円【51給付限度額】 = {80,100 + (550,000(公①51) - 267,000) × 0.01}

82,070 円【高額療養費】 = 550,000(公①51) × 0.3 - 82,930(51給付限度額)

(51)特定疾患

71,430 円 = 82,930(51給付限度額) - 11,500(51患者負担)

(82)ひとり親

22,000 円 = 11,500(51患者負担) + { (600,000(総医療費) - 550,000(公①51) ) × 0.3 } - 4,500(患者負担)

患者

4,500 円 = 500(一日当り) × 9日

○食事療養費

医保

10,260 円 = 17,280 - 7,020

(51)特定疾患

7,020 円

(82)ひとり親

0 円

患者

0 円

【事例④-5】異点数で公①、公②双方に高額療養費が発生する場合

医保と(51)特定疾患と(82)ひとり親(自己負担500円/日※月14回までの場合)の3者併用((親)本人3割負担)

診療報酬明細書 (医科入院)		都道府 県番号	医療機関コード	1 医科	2 公費	3 社・国 後期 退職	4 単独 22件 33件	5 本入 3六入 5家入	6 7高入 9高入7	
平成 24 年 12 月分 44		99,9999.9								
公費負担者番号①	5144	公費負担医療の受給者番号①								
公費負担者番号②	8244	公費負担医療の受給者番号②								
氏名	特記事項		保険医療機関の所在地及び名称							
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 49.8.11 生	18 一般		〇〇病院							
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害		( 床)							
傷 (1)			診療開始日	(1) 年 月 日	転	治ゆ	死亡	中止	診療日数	9 日
(2)			(2) 年 月 日					公①	日	
(3)			(3) 年 月 日					公②	日	
総点数を記載します。	(83,430)									
	(92,930)									
療養費の給付	請求点	※決定点	負担金額 円	保 険 食 事 ・ 生 活 療 養 費	回	請求 円	※決定点	円	(標準負担額) 円	
療養費	100,000		164,860	27	17,280			7,020		
公費①	60,000		11,500							
公費②	100,000		4,500	0	0			0		

特定疾患の自己負担限度額を超えない範囲となります。超えた場合は国公費の限度額を記載します。

助成対象外のため、公費②の食事欄は「0」と記載します。

【療養の給付の請求(負担)金額】

○療養の給付

医保

835,140 円 = 1,000,000(総医療費) × 0.7 + 135,140(高額療養費)

83,430 円【51給付限度額】 = {80,100 + (600,000(公①51) - 267,000) × 0.01}

92,930 円【82給付対象額】 = [80,100 + {(1,000,000(総医療費) - 600,000(公①51) - 267,000) × 0.01}] + 11,500(51患者負担)

135,140 円【高額療養費】 = (600,000(公①51) × 0.3 - 83,430(51給付限度額)) +  
{(1,000,000(総医療費) - 600,000(公①51)) × 0.3 -  
(92,930(82給付対象額) - 11,500(51患者負担))}

(51)特定疾患

71,930 円 = 83,430(51給付限度額) - 11,500(51患者負担)

(82)ひとり親

88,430 円 = 92,930(82給付対象額) - 4,500(患者負担)

患者

4,500 円 = 500(一日当り) × 9日

○食事療養費

医保

10,260 円 = 17,280 - 7,020

(51)特定疾患

7,020 円

(82)ひとり親

0 円

患者

0 円



**【事例⑥-1】自己負担がある場合**

医保と(10)結核と(82)ひとり親(自己負担 500円/日※月4回までの場合)の3者併用((親)本人3割負担)

	医保(給付額)	(10)結核(給付額)	(82)ひとり親(助成額)	患者負担額
1日目	1,000点(7,000円)	300点(750円)	1,000点(1,750円)	500円
2日目	500点(3,500円)		500点(1,000円)	500円
3日目	1,000点(7,000円)	200点(500円)	1,000点(2,000円)	500円
4日目	500点(3,500円)		500点(1,000円)	500円
合計	3,000点(21,000円)	500点(1,250円)	3,000点(5,750円)	2,000円

診療報酬明細書(医科入院外) 平成 24年 12月分 県番 44 医コ 99.9999.9

1医科	1社・国	33併	2本外
保険	〇〇	〇〇	〇〇〇
記号・番号			
氏名	性別 昭 52.4.3 生		特記事項
職務上の事由			保険医療機関の所在地及び名称
傷病名	(1)	診療開始日	(1) 年 月 日
	(2)		(2) 年 月 日
		診療実日数	保 4 日
			① 2 日
			② 4 日

療養の給付	請求点	※決定点	一部負担金額 円	※高額 円	※公点	※公点
保険	3,000					
公①	500					
公②	3,000		2,000			

**【療養の給付の請求(負担)金額】**

○療養の給付

医保

$$21,000 \text{ 円} = 30,000 \text{ (総医療費)} \times 0.7$$

(10)結核

$$1,250 \text{ 円} = 5,000 \text{ (公①10)} \times 0.25$$

(82)ひとり親

$$5,750 \text{ 円} = 5,000 \text{ (公①10)} \times 0.05 + \{ 30,000 \text{ (総医療費)} - 5,000 \text{ (公①10)} \} \times 0.3 - 2,000 \text{ (患者負担)}$$

(10患者負担)

患者

$$2,000 \text{ 円} = 500 \text{ (一日当り)} \times 4 \text{ 日}$$

**【事例⑥-2】自己負担がない場合**

医保と(10)結核と(82)ひとり親(自己負担なしの場合)の3者併用((子)家族3割負担)

	医保(給付額)	(10)結核(給付額)	(82)ひとり親(助成額)	患者負担額
1日目	1,000点(7,000円)	300点(750円)	1,000点(2,250円)	0円
2日目	500点(3,500円)		500点(1,500円)	0円
3日目	1,000点(7,000円)	200点(500円)	1,000点(2,500円)	0円
4日目	500点(3,500円)		500点(1,500円)	0円
合計	3,000点(21,000円)	500点(1,250円)	3,000点(7,750円)	0円

診療報酬明細書(医科入院外) 平成 24年 12月分 県番 44 医コ 99.9999.9 1医科 1社・国 33併 6家外

—		—		保険	〇〇	〇〇	〇〇〇	〇
公費①	10 44 〇〇〇 〇	公受①	〇〇〇〇〇〇 〇	記号・番号				
公費②	82 44 〇〇〇 〇	公受②	〇〇〇〇〇〇 〇					
氏名	性別 平 10.11.18 生		特記事項	保険医療機関の所在地及び名称				
傷病名	(1)		診療開始日	(1) 年 月 日	診療実日数		保	4 日
	(2)			(2) 年 月 日			①	2 日
							②	4 日

療養の給付	請求点	※決定点	一部負担金額 円			
保険	3,000			一部負担金額が発生しない場合は「0」円と記載します。		
公①	500					
公②	3,000		0	※高額 円	※公点	※公点

**【療養の給付の請求(負担)金額】**

○療養の給付

医保

$$21,000 \text{ 円} = 30,000 \text{ (総医療費)} \times 0.7$$

(10)結核

$$1,250 \text{ 円} = 5,000 \text{ (公①10)} \times 0.25$$

(82)ひとり親

$$7,750 \text{ 円} = 5,000 \text{ (公①10)} \times 0.05 + \{ (30,000 \text{ (総医療費)} - 5,000 \text{ (公①10)}) \times 0.3 \}$$

(10患者負担)

患者

0 円

**【事例⑦-1】2者併用**

医保と(82)ひとり親(自己負担 500円/日※月4回までの場合)の2者併用((親)本人3割負担)

診療報酬明細書(医科入院外)		平成 24年 12月分 県番 44	医コ	99.9999.9	1医科	1社・国	22併	2本外		
—		—		保険	〇〇	〇〇	〇〇〇	〇		
公費①	82 44 〇〇〇 〇	公受①	〇〇〇 〇〇〇 〇	記号・番号						
公費②		公受②								
氏名	性別 昭 50.3.15 生	特記事項	02 長							
職務上の事由		保険医療機関の所在地及び名称								
傷病名	(1)	診療開始日	(1)	年	月	日	診療実日数	保	1	日
	(2)		(2)	年	月	日				
							②			日

療養の給付	保険	請求点	※決定点	一部負担金額 円			
	公①	5,000		500			
	公②				※高額 円	※公点	※公点

**【療養の給付の請求(負担)金額】**

○療養の給付

医保

40,000 円 = 50,000 × 0.7 + 5,000 (高額療養費)

5,000 円【高額療養費】 = 50,000 (総医療費) × 0.3 - 10,000 (マル長限度額)

(82)ひとり親

9,500 円 = 10,000 - 500 (患者負担)

患者

500 円 = 500 (一日当り) × 1日

※ 1日目で3割分が10,000円超の場合(診療実日数2日)

	請求点数	(82)ひとり親助成額	患者負担額
1日目	5,000点	9,500円	500円
2日目	5,000点	0円	0円

※この場合においては、2日目以降の(82)ひとり親への請求はありません。したがって、2日目以降の患者負担額も発生しません。

療養の給付	保険	請求点	※決定点	一部負担金額 円			
	公①	10,000		500			
	公②				※高額 円	※公点	※公点

**【事例⑦-2】3者併用**

医保と(15)更生医療と(82)ひとり親(自己負担 500円/日※月4回までの場合)の3者併用((親)本人3割負担)

診療報酬明細書(医科入院外)		平成 24年 12月分 県番 44 医コ		99.9999.9		1医科	1社・国	33併	2本外			
—		—		保険	〇〇 〇〇 〇〇〇 〇							
公費①	15 44 〇〇〇 〇	公受①	〇〇〇 〇〇〇 〇	記号・番号								
公費②	82 44 〇〇〇 〇	公受②	〇〇〇 〇〇〇 〇									
氏名	性別 昭 50.3.15 生		特記事項	保険医療機関の所在地及び名称								
	職務上の事由		02 長									
傷病名	(1)			診療開始日	(1)	年	月	日	診療実日数	保	1	日
	(2)				(2)	年	月	日				
									②			日

療養の給付	保険	請求点	※決定点	一部負担金額 円			
	公①	5,000		5,000			
	公②			500	※高額 円	※公点	※公点

**【療養の給付の請求(負担)金額】**

○療養の給付

医保

40,000円 = 50,000 × 0.7 + 5,000(高額療養費)

5,000円【高額療養費】 = 50,000(総医療費) × 0.3 - 10,000(マル長限度額)

(15)更生医療

5,000円 = 10,000(マル長限度額) - 5,000(15患者負担)

(82)ひとり親

4,500円 = 5,000(15患者負担) - 500(患者負担)

患者

500円 = 500(一日当たり) × 1日

※ 1日目で3割分が10,000円超の場合(診療実日数2日)

	請求点数	(15)更生医療 患者負担額	(82)ひとり親助成額	患者負担額
1日目	5,000点	5,000円	4,500円	500円
2日目	5,000点	0円	0円	0円

※この場合においては、2日目以降の(82)ひとり親への請求はありません。したがって、2日目以降の患者負担額も発生しません。

療養の給付	保険	請求点	※決定点	一部負担金額 円			
	公①	10,000		5,000			
	公②			500	※高額 円	※公点	※公点

【事例⑧】月の途中で(82)ひとり親の資格を喪失した場合(月の途中で生活保護を受けるようになった場合) 医保と(82)ひとり親(自己負担 500円/日※月4回までの場合)の2者併用((親)本人3割負担)

	医 保	(12)生 保	(82)ひとり親	患者負担額
1日目	1,000点		1,000点	500円
2日目	1,000点		1,000点	500円
3日目	500点	500点		
4日目	500点	500点		
合 計	3,000点	1,000点	2,000点	1,000円

診療報酬明細書(医科入院外) 平成 24年 12月分県番 44 医コ 99.9999.9 1医科 1社 33併 2本外

一		一		保険	〇〇	〇〇	〇〇〇	〇
公費①	12	44	〇〇〇	〇	公受①	〇〇〇〇〇〇	〇	
公費②	82	44	〇〇〇	〇	公受②	〇〇〇〇〇〇	〇	
氏名	性別 昭 50.11.18 生		特記事項	保険医療機関の所在地及び名称				
傷病名	(1)		診療開始日	(1) 年 月 日	診療実日数	保	4	日
	(2)			(2) 年 月 日		①	2	日
						②	2	日

療養の給付	請 求 点	※決 定 点	一部負担金額 円	※高額 円	※公 点	※公 点
保 険	3,000					
公 ①	1,000					
公 ②	2,000		1,000			

※医保と(82)ひとり親の2者併用 → 医保と(12)生保の2者併用

【療養の給付の請求(負担)金額】

○療養の給付

医保

$$21,000 \text{ 円} = 30,000 (\text{総医療費}) \times 0.7$$

(12)生保

$$3,000 \text{ 円} = 10,000 (\text{公①12}) \times 0.3$$

(82)ひとり親

$$5,000 \text{ 円} = 20,000 (\text{公②82}) \times 0.3 - 1,000 (\text{患者負担額})$$

患者

$$1,000 \text{ 円} = 500 (\text{一日当り}) \times 2 \text{ 日}$$

※国保の場合は、国保と(82)ひとり親の2者併用にて国保連合会へ、生保分は生保単独にて支払基金へそれぞれご請求下さい。(生活保護法による保護を受けている世帯に属する者は、国保の被保険者になれません。)





**【事例⑩】自己負担がない場合**

医保と(82)ひとり親(自己負担なしの場合)の二者併用((親)本人3割負担)

調剤報酬明細書 平成 24 年 12 月分 県番:44 薬コ: 99.9999.9

—		—		4 調剤	1 社・国	2 2併	2 本外
公費①	82 44 〇〇〇 〇	公受①	〇〇〇 〇〇〇 〇	保険者 番号	〇〇 〇〇 〇〇〇 〇	給付割	
公費②		公受②		記号・番号			

  

氏名	1 男 (2 女) 1 明 2 大 (3 昭) 4 平 35・1・7	特記事項	
職務上の事由		保険薬局の所在地及び名称	
医療機関	〇〇市〇〇町〇丁目 〇〇〇〇診療所	保険医氏名	1 〇〇〇〇 2 3 4 5
県番 44 点数表 1 医コ 〇〇〇〇〇〇〇			6 7 8 9 10
		受付回数	保 1 回 ① 回 ② 回

5

摘要	一部負担金額が発生しない場合は「0」円と記載します。				円
保険請求点※決定	1,000				点
①		0			点
②					

**【療養の給付の請求(負担)金額】**

○療養の給付

医保

$$7,000 \text{ 円} = 10,000 \text{ (総医療費)} \times 0.7$$

(82)ひとり親

$$3,000 \text{ 円} = 10,000 \text{ (総医療費)} \times 0.3$$

患者

0 円(薬局は親も自己負担なし)

**【事例①】自己負担がある場合**

医保と(82)ひとり親(自己負担 500円/日※月4回までの場合)の2者併用((親)本人3割負担)

訪問看護療養費明細:平成 24 年 12 月分 県番:44 訪コ: 99.9999.9

-		-		6 訪問	1 社・国	2 2併	2 本人
公費①	82	44	〇〇〇	〇	公受①	〇〇〇	〇〇〇
公費②					公受②		

保険者番号	〇〇	〇〇	〇〇〇	〇	給付
記号・番号					

氏名	1男	2女	1明	2大	3昭	4平	35	・	1	・	7	特記
職務上の事由												

訪問看護ステーションの  
住所及び名称

心身の状態	訪問開始年月日		実日数	保険	4	日
	訪問終了年月日時刻			公①		日
			公②		日	

保険	請求	円	※	決定	円	負担金額	円	※高額療養費	円
	50,000								
①		円	※		円	2,000	円	※公費負担金額	円
②		円	※		円		円	※公費負担金額	円

**【療養の給付の請求(負担)金額】**

○療養の給付

医保

$$35,000 \text{ 円} = 50,000 (\text{総医療費}) \times 0.7$$

(82)ひとり親

$$13,000 \text{ 円} = 50,000 (\text{総医療費}) \times 0.3 - 2,000 (\text{患者負担額})$$

患者

$$2,000 \text{ 円} = 500 (\text{一日当り}) \times 4 \text{ 日}$$