

☆難病・小児慢性の公費の場合

① 公費欄に、難病または小児慢性の負担者番号、公費の種類、受給者番号を入力します。

000016 佐藤 花子 女 R 2.5.1 前回: R 3.1.12 筆 車 後 旧姓

受付 基本情報 保険組合履歴 連絡先等 所得者情報 入力履歴 特記事項・レセプト分割 その他

カナ氏名 サトウ ハナコ 性別 2女 【低所1、低所2】 死亡区分  通名

漢字氏名 佐藤 花子 生年月日 R 2.5.1 8ヶ月 0カルテ発行なし 0U・P指示なし 0患者

保険者番号 01110014 保険の種類 009協会 保険者名 全国健康保険協会埼玉支部 番号 0002 協会 R 3.1.12 ~ 9999999

本人家族 2家族 補助 継続

記号 00000000 所在地 さいたま市大宮区錦町682-2 大宮情報センター

番号 00 枝番 00 電話 048-658-5919

資格取得日 有効期間 R 3.1.12 ~ 9999999 履歴

被保険者名 佐藤 玉子 確認年月日 R 3.1.12 済

負担者番号	公費の種類	受給者番号	適用期間	確認年月日	表示
54117015	054 難病	000000	~		未 無
			~		未 無
			~		未 無

住所 1000000 東京都千代田区 123 1、11、111 一、二、三

電話 自宅 03-1234-5678 連絡先 090-1234-5678 減免事由 01 スタッフ 割引率 01 100(%) 入金方法 01 現金

世帯主名 佐藤 玉子 続柄 母 状態 01 筆談対応 01 車イス 01 ジェネリック希望 出生時体重

領収・明細

禁忌 ムコタイン合わず

アレルギー 牛乳、たまご、タニ、ハウスダスト

感染症 R 3. 1. 12 インフル陰性

コメント 保険証確認 R3.1.12 マル子医療証持参せず 母親連絡先: 090-8765-4321

戻る ↑↓全 前回患者 患者削除 再発行 保険追加 公費追加 ←タブ切替 労災・自賠 主科設定 患者複写 禁忌薬剤  
クリア 前回患者 患者削除 保険組合せ 前↑ 次↓ タブ切替→ 氏名検索 予約登録 受付一覧 登録

② 適用期間を入力します。

000016 佐藤 花子 女 R 2.5.1 前回: R 3.1.12 筆 車 後 旧姓

受付 基本情報 保険組合履歴 連絡先等 所得者情報 入力履歴 特記事項・レセプト分割 その他

カナ氏名 サトウ ハナコ 性別 2女 【低所1、低所2】 死亡区分  通名

漢字氏名 佐藤 花子 生年月日 R 2.5.1 8ヶ月 0カルテ発行なし 0U・P指示なし 0患者

保険者番号 01110014 保険の種類 009協会 保険者名 全国健康保険協会埼玉支部 番号 0002 協会 R 3.1.12 ~ 9999999

本人家族 2家族 補助 継続

記号 00000000 所在地 さいたま市大宮区錦町682-2 大宮情報センター

番号 00 枝番 00 電話 048-658-5919

資格取得日 有効期間 R 3.1.12 ~ 9999999 履歴

被保険者名 佐藤 玉子 確認年月日 R 3.1.12 済

負担者番号	公費の種類	受給者番号	適用期間	確認年月日	表示
54117015	054 難病	000000	R 3.1.1 ~ R 3.12.31	R 3.1.13	済 無
			~		未 無
			~		未 無

住所 1000000 東京都千代田区 123 1、11、111 一、二、三

電話 自宅 03-1234-5678 連絡先 090-1234-5678 減免事由 01 スタッフ 割引率 01 100(%) 入金方法 01 現金

世帯主名 佐藤 玉子 続柄 母 状態 01 筆談対応 01 車イス 01 ジェネリック希望 出生時体重

領収・明細

禁忌 ムコタイン合わず

アレルギー 牛乳、たまご、タニ、ハウスダスト

感染症 R 3. 1. 12 インフル陰性

コメント 保険証確認 R3.1.12 マル子医療証持参せず 母親連絡先: 090-8765-4321

戻る ↑↓全 前回患者 患者削除 再発行 保険追加 公費追加 ←タブ切替 労災・自賠 主科設定 患者複写 禁忌薬剤  
クリア 前回患者 患者削除 保険組合せ 前↑ 次↓ タブ切替→ 氏名検索 予約登録 受付一覧 登録

③ 受給者証に記載されている適用区分を確認し、該当の公費の種類を選択します。

高齢者	適用区分	公費の種類
	VI	入力不要
	V	946 高齢者現役+受給者番号：2
	IV	946 高齢者現役+受給者番号：1
	III	入力不要
	II	低所得者情報2
	I	低所得者情報1

様式第6号  
特定医療費（指定難病）受給者証

公費負担者番号	54117015		
受給者番号	36606		
受診者	氏名		
	生年月日	昭和13年7月1日	性別 女
保護者	住所		
	氏名	続柄	
住所			
保険者名	社会保険支払基金健保組合		
被保険者証記号番号	10 9211	適用区分	V
疾病名	類天疱瘡（後天性表皮水疱症を含む。）		
自己負担上限月額	20,000円	階層区分	V
人工呼吸器等装着	非該当	軽症高額該当	非該当
高額かつ長期	非該当	世帯内受給者	無
有効期間	平成30年10月1日 から 平成31年9月30日		
備考			

後期高齢者医療限度額適用認定証

有効期限 平成31年 7月31日  
交付年月日 平成31年 2月12日

被保険者番号	09059858		
被保険者	住所		
	氏名		女
生年月日	昭和13年 7月 1日		
発効期日	平成31年 2月 1日		
適用区分	現役I		
保険者番号並びに保険者の名称及び印	391111042 埼玉県後期高齢者医療広域連合		

様式第6号  
特定医療費（指定難病）受給者証

公費負担者番号	54117015		
受給者番号	36606		
受診者	氏名		
	生年月日	昭和12年7月15日	性別 女
保護者	住所		
	氏名	続柄	
住所			
保険者名	社会保険支払基金健保組合		
被保険者証記号番号	10 9211	適用区分	V
疾病名	類天疱瘡（後天性表皮水疱症を含む。）		
自己負担上限月額	20,000円	階層区分	V
人工呼吸器等装着	非該当	軽症高額該当	非該当
高額かつ長期	非該当	世帯内受給者	無
有効期間	平成30年10月1日 から 平成31年9月30日		
備考			

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証

有効期限 平成31年 7月31日  
交付年月日 平成30年 8月 1日

被保険者番号	082919		
被保険者	住所		
	氏名		女
生年月日	昭和12年 7月15日		
発効期日	平成30年 8月 1日		
適用区分	区分II		
長期入院該当年月日		保険者印	
保険者番号並びに保険者の名称及び印	391111042 埼玉県後期高齢者医療広域連合		

<b>70歳未満</b> 【限度額適用認定証または 限度額適用・標準負担額減額 認定証の提示が <b>ある</b> 場合】	適用区分	公費の種類
	ア	966 高額アイ+受給者番号：ア
	イ	966 高額アイ+受給者番号：イ
	ウ	967 高額ウエオ+受給者番号：ウ
	エ	967 高額ウエオ+受給者番号：エ
	オ	967 高額ウエオ+受給者番号：オ+低所得者情報2

様式第6号  
特定医療費（指定難病）受給者証

公費負担者番号	54117015		
受給者番号			
受給者	氏名		
	生年月日	昭和48年4月12日	性別 女
住所	氏名	続柄	
	住所		
保険者名	社会保険支払基金健保組合		
被保険者証記号番号	10 9211	適用区分	ウ
疾病名	類天疱瘡（後天性表皮水疱症を含む。）		
自己負担上限月額	20,000円	階層区分	V
人工呼吸器等装着	非該当	軽症高額該当	非該当
高額かつ長期	非該当	世帯内受給者	無
有効期間	平成30年10月1日 から 平成31年9月30日		
備考			

埼玉県国民健康保険  
限度額適用認定証

有効期限 平成31年 7月 31日  
交付年月日 平成30年 8月 1日

記号 [ ] 番号 [ ]

世帯主 住所 [ ] 氏名 [ ] 男

対象者用 氏名 [ ] 男  
生年月日 昭和50年 8月 30日

発効期日 平成30年 8月 1日

適用区分 **ウ**

保険者番号 [ ] 110338  
並びに交付者の名称及び印 埼玉県 北本市

<b>70歳未満</b> 【限度額適用認定証または 限度額適用・標準負担額減額 認定証の提示が <b>ない</b> 場合】	適用区分	公費の種類
	ア	956 公費アイ+受給者番号：ア
	イ	956 公費アイ+受給者番号：イ
	ウ	957 公費ウエオ+受給者番号：ウ
	エ	957 公費ウエオ+受給者番号：エ
	オ	957 公費ウエオ+受給者番号：オ+低所得者情報2

様式第6号  
特定医療費（指定難病）受給者証

公費負担者番号	54117015		
受給者番号			
受給者	氏名		
	生年月日	昭和48年4月12日	性別 女
住所	氏名	続柄	
	住所		
保険者名	社会保険支払基金健保組合		
被保険者証記号番号		適用区分	ウ
疾病名	類天疱瘡（後天性表皮水疱症を含む。）		
自己負担上限月額	20,000円	階層区分	V
人工呼吸器等装着	非該当	軽症高額該当	非該当
高額かつ長期	非該当	世帯内受給者	無
有効期間	平成30年10月1日 から 平成31年9月30日		
備考			

※該当する公費の種類を選択して、受給者番号に区分の文字を入力します。

000016 佐藤 花子 女 H 2. 5. 1 筆 車 後 旧姓

受付 基本情報 保険組合せ履歴 連絡先等 所得者情報 入力履歴 特記事項・レセプト分割 その他

カナ氏名 サトウ ハナコ 性別 2女 【低所1、低所2】 死亡区分  通名

漢字氏名 佐藤 花子 生年月日 H 2. 5. 1 30才 0カルテ発行なし 0U・P指示なし 0患者

保険者番号 01110014 保険の種類 009協会 保険者名 全国健康保険協会埼玉支部

本人家族 2家族 補助 継続

記号 00000000 所在地 さいたま市大宮区錦町682-2

番号 00 枝番 00 大宮情報センター

資格取得日 有効期間 R 3. 1. 12 ~ 9999999 履歴 電話 048-658-5919

被保険者名 佐藤 玉子 確認年月日 R 3. 1. 12 済

負担者番号	公費の種類	受給者番号	適用期間	確認年月日	表示
54117015	054 難病	000000	R 3. 1. 1 ~ R 3. 12. 31	R 3. 1. 13	済 無
	967 高額ウエオ	ウ・エ・オ	R 3. 1. 1 ~ R 3. 12. 31	R 3. 1. 13	済 無
					未 無

住所 1000000 東京都千代田区 1 2 3 I、II、III 一、二、三

電話 自宅 03-1234-5678 連絡先 090-1234-5678 減免事由 01 スタッフ 割引率 01 100(%) 入金方法 01 現金

世帯主名 佐藤 玉子 続柄 母 状態 01 筆談対応 01 車イス 01 ジェネリック希望 出生時体重

領収・明細

禁忌 ムコタイン合わず

アレルギー 牛乳、たまご、タニ、ハウスダスト

感染症 R 3. 1. 1 2 インフル陰性

コメント 保険証確認 R3.1.12 マル子医療証持参せず 母親連絡先: 090-8765-4321

戻る クリア 前回患者 患者削除 再発行 保険追加 公費追加 ←タブ切替 労災・自賠 主科設定 患者複写 禁忌薬剤  
保険組合せ 前↑ 次↓ タブ切替→ 氏名検索 予約登録 受付一覧 登録

④ 適用期間を入力します。(※基本難病の開始日と合わせます)

000016 佐藤 花子 女 H 2. 5. 1 筆 車 後 旧姓

受付 基本情報 保険組合せ履歴 連絡先等 所得者情報 入力履歴 特記事項・レセプト分割 その他

カナ氏名 サトウ ハナコ 性別 2女 【低所1、低所2】 死亡区分  通名

漢字氏名 佐藤 花子 生年月日 H 2. 5. 1 30才 0カルテ発行なし 0U・P指示なし 0患者

保険者番号 01110014 保険の種類 009協会 保険者名 全国健康保険協会埼玉支部

本人家族 2家族 補助 継続

記号 00000000 所在地 さいたま市大宮区錦町682-2

番号 00 枝番 00 大宮情報センター

資格取得日 有効期間 R 3. 1. 12 ~ 9999999 履歴 電話 048-658-5919

被保険者名 佐藤 玉子 確認年月日 R 3. 1. 12 済

負担者番号	公費の種類	受給者番号	適用期間	確認年月日	表示
54117015	054 難病	000000	R 3. 1. 1 ~ R 3. 12. 31	R 3. 1. 13	済 無
	967 高額ウエオ	ウ・エ・オ	R 3. 1. 1 ~ R 3. 12. 31	R 3. 1. 13	済 無
					未 無

住所 1000000 東京都千代田区 1 2 3 I、II、III 一、二、三

電話 自宅 03-1234-5678 連絡先 090-1234-5678 減免事由 01 スタッフ 割引率 01 100(%) 入金方法 01 現金

世帯主名 佐藤 玉子 続柄 母 状態 01 筆談対応 01 車イス 01 ジェネリック希望 出生時体重

領収・明細

禁忌 ムコタイン合わず

アレルギー 牛乳、たまご、タニ、ハウスダスト

感染症 R 3. 1. 1 2 インフル陰性

コメント 保険証確認 R3.1.12 マル子医療証持参せず 母親連絡先: 090-8765-4321

戻る クリア 前回患者 患者削除 再発行 保険追加 公費追加 ←タブ切替 労災・自賠 主科設定 患者複写 禁忌薬剤  
保険組合せ 前↑ 次↓ タブ切替→ 氏名検索 予約登録 受付一覧 登録

⑤ 所得者情報のタブをクリックします。

000016 佐藤 花子 女 H 2. 5. 1 筆 車 後 旧姓

受付 基本情報 保険組合履歴 連絡先等 **所得者情報** 入力履歴 特記事項・レセプト分割 その他

カナ氏名 サトウ ハナコ 性別 2女 【低所1、低所2】 死亡区分 通名

漢字氏名 佐藤 花子 生年月日 H 2. 5. 1 30才 0カルテ発行なし 0U・P指示なし 0患者

保険者番号 01110014 保険の種類 009協会 保険者名 全国健康保険協会埼玉支部

本人家族 2家族 補助 継続

記号 00000000 所在地 さいたま市大宮区錦町682-2

番号 00 枝番 00 大宮情報センター

資格取得日 有効期間 R 3. 1. 12 ~ 9999999 電話 048-658-5919

被保険者名 佐藤 玉子 確認年月日 R 3. 1. 12 済

負担者番号	公費の種類	受給者番号	適用期間	確認年月日	表示
54117015	054 難病	000000	R 3. 1. 1 ~ R 3. 12. 31	R 3. 1. 13	済 無
	967 高額ウエオ	ウ・エ・オ	R 3. 1. 1 ~ R 3. 12. 31	R 3. 1. 13	済 無

住所 1000000 東京都千代田区 1 2 3 I, II, III 一、二、三

電話 自宅 03-1234-5678 連絡先 090-1234-5678 減免事由 01 スタッフ 割引率 01 100(%) 入金方法 01 現金

世帯主名 佐藤 玉子 続柄 母 状態 01 筆談対応 01 車イス 01 ジェネリック希望 出生時体重

領収・明細

禁忌 ムコサイン合わず

アレルギー 牛乳、たまご、タニ、ハウスダスト

感染症 R 3. 1. 1 2 インフル陰性

コメント 保険証確認 R3.1.12 マル子医療証持参せず 母親連絡先：090-8765-4321

戻る 1 ↓全 前回患者 患者削除 再発行 保険追加 公費追加 ←タブ切替 労災・自賠 主科設定 患者複写 禁忌薬剤

⑥ 左下公費負担額から該当の公費を選択します。

000016 佐藤 花子 女 H 2. 5. 1 筆 車 後 旧姓

受付 基本情報 保険組合履歴 連絡先等 所得者情報 入力履歴 特記事項・レセプト分割 その他

低所得者2

番号	認定日	終了日	認定範囲	標準負担額減額	長期入院該当	境界層該当
1	H30. 8. 1	9999999	0 全対象	H30. 8. 1	H30. 8. 1	境界層非該当

低所得者1

番号	認定日	終了日	認定範囲	標準負担額減額	年金受給者証	境界層該当
1	H30. 8. 1	9999999	0 全対象	H30. 8. 1	無1	境界層非該当

公費負担額

番号	公費種別	適用開始日	適用終了日
1	難病	R 3. 1. 1	R 3. 12. 31

選択番号 受給者番号：000000

戻る 1 ↓全 前回患者 患者削除 再発行 保険追加 公費追加 ←タブ切替 労災・自賠 主科設定 患者複写 禁忌薬剤

⑦ 右下に表示される適用期間を1ヶ月間で区切ります。(※最初は公費の期間がそのまま表示されています)

000016 佐藤 花子 女 H2.5.1 筆 車 後 旧姓

受付 基本情報 保険組合せ履歴 連絡先等 所得者情報 入力履歴 特記事項・レセプト分割 その他

低所得者2

番号	認定日	終了日	認定範囲	標準負担額減額	長期入院該当	境界層該当
1	H30.8.1	9999999	0 卒対策	H30.8.1	H30.8.1	境界層非該当

低所得者1

番号	認定日	終了日	認定範囲	標準負担額減額	年金受給者証	境界層該当
1	H30.8.1	9999999	0 卒対策	H30.8.1	無1.	境界層非該当

公費負担額

番号	公費種別	適用開始日	適用終了日
1	医療	R3.1.1	R3.1.31

選択番号 1 受給者番号: 000000

適用期間 R3.1.1 ~ R3.1.31

更新

⑧ 上限額欄に月額負担金額を入力し、すぐ下の「更新」押下。

000016 佐藤 花子 女 H2.5.1 筆 車 後 旧姓

受付 基本情報 保険組合せ履歴 連絡先等 所得者情報 入力履歴 特記事項・レセプト分割 その他

低所得者2

番号	認定日	終了日	認定範囲	標準負担額減額	長期入院該当	境界層該当
1	H30.8.1	9999999	0 卒対策	H30.8.1	H30.8.1	境界層非該当

低所得者1

番号	認定日	終了日	認定範囲	標準負担額減額	年金受給者証	境界層該当
1	H30.8.1	9999999	0 卒対策	H30.8.1	無1.	境界層非該当

公費負担額

番号	公費種別	適用開始日	適用終了日
1	医療	R3.1.1	R3.1.31

選択番号 1 受給者番号: 000000

適用期間 R3.1.1 ~ R3.1.31

入外上限額 5,000

更新

※ 他の医療機関や薬局での負担金額があった場合は他一部負担金の入力を行います。

(1) 該当の適用期間を選択します。

000016 佐藤 花子 女 H2.5.1 筆 車 後 旧姓

受付 基本情報 保険組合せ履歴 連絡先等 所得者情報 入力履歴 特記事項・レセプト分割 その他

低所得者2

番号	認定日	終了日	認定範囲	標準負担額減額	長期入院該当	境界層該当
1	H30.8.1	9999999	0 卒対象	H30.8.1	H30.8.1	境界層非該当

選択番号 [ ] 認定日 [ ] 終了日 [ ] 認定範囲 [ ] 標準負担額減額開始日 [ ] 長期入院該当年月日 [ ] 境界層該当 [ ] 削除 更新

低所得者1

番号	認定日	終了日	認定範囲	標準負担額減額	年金受給者証	境界層該当
1	H30.8.1	9999999	0 卒対象	H30.8.1	無1	境界層非該当

選択番号 [ ] 認定日 [ ] 終了日 [ ] 認定範囲 [ ] 標準負担額減額開始日 [ ] 老齢福祉年金受給者証 [ ] 境界層該当 [ ] 削除 更新

公費負担額

番号	公費種別	適用開始日	適用終了日	番号	適用開始日	適用終了日	入外上限額	他一部負担金
1	国民	R3.1.1	R3.1.31	1	R3.1.1	R3.1.31	5,000	0

選択番号 [ ] 受給者番号: 000000 次月複写 他一部負担入力 削除 更新

戻る ↑↓全 前回患者 患者削除 再発行 保険追加 公費追加 ←タブ切替 労災・自賠 主科設定 患者複写 禁忌薬剤 保険組合せ 前↑ 次↓ タブ切替→ 氏名検索 予約登録 受付一覧 登録

(2) 「他一部負担入力」押下。

000016 佐藤 花子 女 H2.5.1 筆 車 後 旧姓

受付 基本情報 保険組合せ履歴 連絡先等 所得者情報 入力履歴 特記事項・レセプト分割 その他

低所得者2

番号	認定日	終了日	認定範囲	標準負担額減額	長期入院該当	境界層該当
1	H30.8.1	9999999	0 卒対象	H30.8.1	H30.8.1	境界層非該当

選択番号 [ ] 認定日 [ ] 終了日 [ ] 認定範囲 [ ] 標準負担額減額開始日 [ ] 長期入院該当年月日 [ ] 境界層該当 [ ] 削除 更新

低所得者1

番号	認定日	終了日	認定範囲	標準負担額減額	年金受給者証	境界層該当
1	H30.8.1	9999999	0 卒対象	H30.8.1	無1	境界層非該当

選択番号 [ ] 認定日 [ ] 終了日 [ ] 認定範囲 [ ] 標準負担額減額開始日 [ ] 老齢福祉年金受給者証 [ ] 境界層該当 [ ] 削除 更新

公費負担額

番号	公費種別	適用開始日	適用終了日	番号	適用開始日	適用終了日	入外上限額	他一部負担金
1	国民	R3.1.1	R3.1.31	1	R3.1.1	R3.1.31	5,000	0

選択番号 [ ] 受給者番号: 000000 次月複写 **他一部負担入力** 削除 更新

戻る ↑↓全 前回患者 患者削除 再発行 保険追加 公費追加 ←タブ切替 労災・自賠 主科設定 患者複写 禁忌薬剤 保険組合せ 前↑ 次↓ タブ切替→ 氏名検索 予約登録 受付一覧 登録

(3) 入外区分、日付、他医療機関・薬局での負担金額を入力し更新し確定押下。

(P02K)患者登録 - 他一部負担額入力 - ラジエンスクリニック [ormaster]

対象年月  期間: R 3. 1. 1 ~ R 3. 1. 31  
 月上限額: 5,000

番号	年月日	自院/他院	入外	負担金額
1	R 3. 1. 13	自院	外	540
2	R 3. 1. 13	他院	外	1,360
3	R 3. 1. 20	他院	外	3,100

自院累計: 540  
 他院累計: 4,460  
 合計: 5,000

選択番号

入外区分  日  負担金額

F1 戻る F2 クリア F3 削除 **F10 更新** **F12 確定**

X 年 X 月分自己負担上限額管理票					
受診者名	佐藤 花子		受診者番号	XXXXXXXX	
月間自己負担上限額 5,000円					
日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担の累積額 (月額)	徴収印
X月X日	ラジエンスクリニック	2,700円	540円	540円	
X月X日	●●●薬局	6,800円	1,360円	1,900円	
X月X日	▲▲▲病院	15,500円	3,100円	5,000円	
X月X日	ラジエンスクリニック	720円			
上記のとおり月間自己負担上限額に達しました。					
日付	指定医療機関名				確認印
X月X日	▲▲▲病院				

(5) 他一部負担累欄に金額が表示されます。

000016 佐藤 花子 女 H2.5.1 前回: R3.1.13 筆 車 後 旧姓

受付 基本情報 保険組合せ履歴 連絡先等 所得者情報 入力履歴 特記事項・レセプト分割 その他

低所得者2

番号	認定日	終了日	認定範囲	標準負担額減額	長期入院該当	境界層該当
1	H30.8.1	9999999	0 全対象	H30.8.1	H30.8.1	境界層非該当

低所得者1

番号	認定日	終了日	認定範囲	標準負担額減額	年金受給者証	境界層該当
1	H30.8.1	9999999	0 全対象	H30.8.1	無1.	境界層非該当

公費負担額

番号	公費種別	適用開始日	適用終了日	番号	適用開始日	適用終了日	入外上限額	他一部負担累
1	範囲	R3.1.1	R3.1.31	1	R3.1.1	R3.1.31	5,000	4,460

選択番号: 1 受給者番号: 000000

次月複写 他一部負担入力

戻る 全 クリア 前回患者 患者削除 再発行 保険追加 公費追加 ←タブ切替 労災・自賠 主科設定 患者複写 禁忌薬剤  
保険組合せ 前↑ 次↓ タブ切替→ 氏名検索 予約登録 受付一覧 登録

⑨ 上限額が正しく表示されていれば、[F12 登録] 押下。

000016 佐藤 花子 女 H2.5.1 前回: R3.1.13 筆 車 後 旧姓

受付 基本情報 保険組合せ履歴 連絡先等 所得者情報 入力履歴 特記事項・レセプト分割 その他

低所得者2

番号	認定日	終了日	認定範囲	標準負担額減額	長期入院該当	境界層該当
1	H30.8.1	9999999	0 全対象	H30.8.1	H30.8.1	境界層非該当

低所得者1

番号	認定日	終了日	認定範囲	標準負担額減額	年金受給者証	境界層該当
1	H30.8.1	9999999	0 全対象	H30.8.1	無1.	境界層非該当

公費負担額

番号	公費種別	適用開始日	適用終了日	番号	適用開始日	適用終了日	入外上限額	他一部負担累
1	範囲	R3.1.1	R3.1.31	1	R3.1.1	R3.1.31	5,000	4,460 ☆

選択番号: 1 受給者番号: 000000

次月複写 他一部負担入力

戻る 全 クリア 前回患者 患者削除 再発行 保険追加 公費追加 ←タブ切替 労災・自賠 主科設定 患者複写 禁忌薬剤  
保険組合せ 前↑ 次↓ タブ切替→ 氏名検索 予約登録 受付一覧 登録