

公費入力

① 負担者番号には、受給者証の番号をそのまま入力してください。



※ 法別番号より公費の種類を自動選択しますが、選択肢が複数ある場合公費選択画面より選択してください。

**	14.35	特别经常地理学 者	1 4-
1 2	143 243	子供社国 母子組合	
•		ш	•



② 適用期間を入力します。

適用期間開始日と終了日の入力は生年月日と同じ入力方法で行います。 開始日入力例1:受給者証に記載されている交付年月日または資格取得日などを手入力 開始日入力例2:該当の受給者証で初めて受診した日を入力します。





ひとり親	家庭等医规	費受	給資	格証		-	9	5	心	身障	書	者医	療費	授利	給資	格訂	E
公費負担者番号	8 3 1	1	4	0	4	1	公費	負担者	番号	8	2	1	1	4	0	4	2
申 氏名							受給	資格者	番号	0	0	0	0	0	0	0	
請 者 研							受給資	住	所					-			
受給資格	者番号	-	生生	年月	Н		格老	氏	名			1		1			
€ 0 0 0 0		2	S4	4. 6.	22		自	生年	月日			1			19.5	2	
給 1 1 1 1			U1	0 9	21		保	住	所		-	1		4	-		
資 2 2 2 2 2	2 2 3	平成	29年 HI	3月 1.10.	資格! 0	喪失	改者	氏生年	月日		-		11		1155	-	
格 者							有	効期	月間	平成平成	2 7 1	年 1 年 9	月 月3	1日 0日	からまで	有効]
有効期間	平成29年 平成29年1 9年12月	1月 2月3	1日 1日	からまで			交	対年月	田	平成	2 6	年12	月	5日	Ē	51 17-	Ħ
	*	いた	ŧī	古野	したる	ŧ	0 t	の	(1) 市			t	いれ	とまう	市县	讔	STHE STREET
※(裏面注意事項を	お読みくださ	(1)		E	ILLC2	3	*	(裏面	注意	事項を	お読	みく	ださい	e)	174		-

③ 確認年月日が当月でない場合は、「未」になっているので、クリックし「済」にしてください。

000016	佐藤 花	子		女 F	R 2. 5. 1			筆	車	後	日姓			
是付 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	所2】 死亡区分 □ 通名									
漢字氏名	佐藤 花子	生年月日	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 保険の利		~ 保険			全国健康保険協会埼玉支部			番号	保険組合せ				
本人家族	2家族 ~ 補助	継続			さいたま市大宮区錦町682-2				0002	協会 R3,1.12 ~ 9999999 協会 千首て支援 R3,1.12 ~ R3,12,31 協会 千首て支援ひとり 親				
記号	00000000			所在地					0009					
番号	0.0		枝番 00		大宮情報センター					0010	R3.1.12~R3.12.31 協会千首で支援小員障害			
資格取得日	有効期間	R 3. 1.12 ~	9999999	履歴	電話	048-658-5919				0011	1 協会ひとり親 R3.1.12~R3.12.31			
被保険者名	佐藤 玉子	確認年月日	R 3. 1.12	済						0012 0013	協会ひとの親子 R3.1.12~R3.12 協会ひとの親心	ぎて支援 31 31 31		
負担者番号	公費の種類	時		適用期間		確認年月日		表示	0014	R3.1.12 ~ R3.12. 協会心身障害 R3.1.12 ~ R3.12.	31			
1114043	353 子育て支援	R 3. 1.12		~ R 3.	2.31	R 3. 1.12	済	無	0015	協会小身障害 千音て支援 R3.1.12~R3.12.31				
3114041	354ひとり親	~ 1111111		R 3. 1.12	~ R 3.	2.31	R 3. 1.12	済	無	0016	協会心身障害ひとり親 R 3.1.12 ~ R 3.12.31			
2114042	352 心身障害 ~ 0000000		R 3. 1.12		~ R 3.	12.31 R 3. 1.12		済	無	•	01眼科			
住所	1000000 東京都千代田区 123 1、11、111 一、二、三											L DB2APT		
電話 自宅	03-1234-5678 連終	减免	減免事由 01スタッフ			~ 割弓	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	ムコダイン合わず													
アレルギー	牛乳、たまご、ダニ、ハウス													
感染症	R3.1.12 インフル開													
コメント	保険証確認 R3.1.12 マル子图	母親連絡先: 090-8765-4321												
	1↓全		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		
戻る	クリア 前回患者	患者削除	保険組合せ	前1	次	1	タブ切替→	氏名相	剣索	予約登録	受付一覧	登録		