## 災害該当の入力方法



(1) 負担者番号・受給者番号の欄は空欄のまま、公費の種類で「959:災害該当」を選択します。

<b>9</b> (P02) 日本計2: - 日本計	維・ラジエンスクリニック(	ormaster)																3)	t
000016		佐藤	花子				女	H 2. 5. 1		前回	R 3. 1.13	3	E .	車	後	旧姓			
受付 基本情報	保険組合せ層	夏歴 連絡先急	序 所得者	盾情報 入力履用	* 特記事項	・レセブ	ト分割	その他											
カナ氏名	サトウ ハナ	- 3			性別	2女	V	【低所1、	低所2]	1		死亡区	分口		通名	4			
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		~ (	U•F	指示なし		0 患者		I
保険者番号		保険	の種類	980 自費				保険者	Z						番号			組合せ	
本人家族	1本人	· 補助 2	非課		継続		v								0002	R3.1.	2 ~ 9999999 韩历		
記号							所在地							0010	R 3. 1.12 ~ R 3.12.31				
番 号	日 有効期間 R 3.1.14 ~ 999				枝番	枝番													
資格取得日					9999999	9999999			電話										
被保険者名	佐藤 花子			確認年月日	R 3. 1.14		済												
負担者番号	公費の	の種類		受給者	<b>省番号</b>			適用期	間		確認年月	月日		表示					
	959 災害該	4						~					未	無					
			v					~					未	無					
			~					~					未	無	(		0.1	眼科	>
住 所	1000000	東京都千伯	thix				1	23 I.	1.1	111	-, =, :	=					[01]	联件	,
電話自宅世帯主名	03-1234-5678 連絡先 090-1234-5678			3	減免事由 00 該当なし				割引率 00 該当なし			~ 入金方法 01 現金							
	佐藤 玉子 続柄 母				状態 01 筆談対応			- 1	- 01車イス - 01ジェネ			ネリック希望 出生時体重			,				
領収・明細				***************************************			~												
禁忌	ムコダインは	合わず																	
アレルギー	牛乳、たま、	こ、ダニ、ハ	ウスダン	۲ F															
感染症	R3. 1.	12 インフ	ル陰性																
コメント	保険証確認	R3.1.12 マカ	子医療	証持参せず					母	親連絡	先:090-876	5-4321							
	↑↓全				再	発行	保険	追加 :	公費追加	10 .	ータブ切替	9	ジ災・日	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↓		タブ切替→		氏名検	索	予約登	緑	受付一覧	登録	

## (様式3)

## 国民健康保険一部負担金等免除証明書

被保険者証	記 号		*	号			
被保険者氏名		男・女	生年月	B B	召・平		×
世帯主氏名 又は 組合員氏名							男・女
住 所							
特例の内容 及び 有 効 期 間	(平成	日金の免除 年 月 日か の食事療養及び生活券 年 月 日か		原準負	担額の	免除	

国国	民健康保険	一部負担	金等免除	証明書
被保険	the second control of the second	#	왕	Salar V
生年月 世帯主			平成 13 年	性別 女 9月10日 性別 男
住所	福島県双葉郡	政江町		性別 男
条道整 負担金 上記の。		等免除は、平成2 第負担金租当額、 裝養費及び生活等 す。	治療用装具作成に対	ています。 8る一部 院、院皇県大 帝教治さ

上記のとおり証明する。

平成 年 月 日

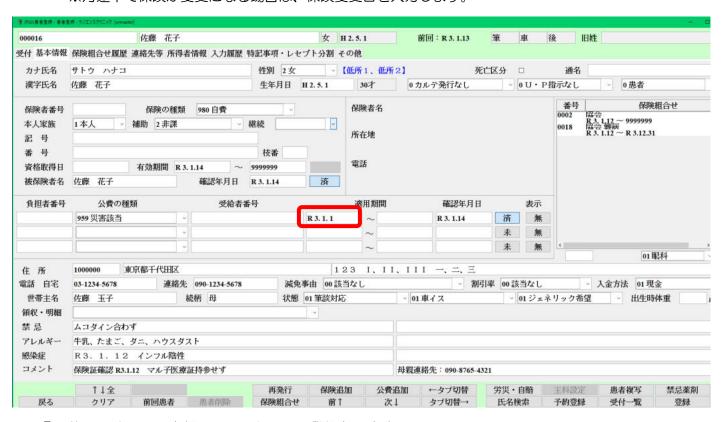
町村 ED (国民健康保険組合理事長)

この証は、東日本大震災により被災した被保険者が保険医療機関等で診療等を受けた際に 支払う一部負担金等の免除措置を受けられることを証明するものです。

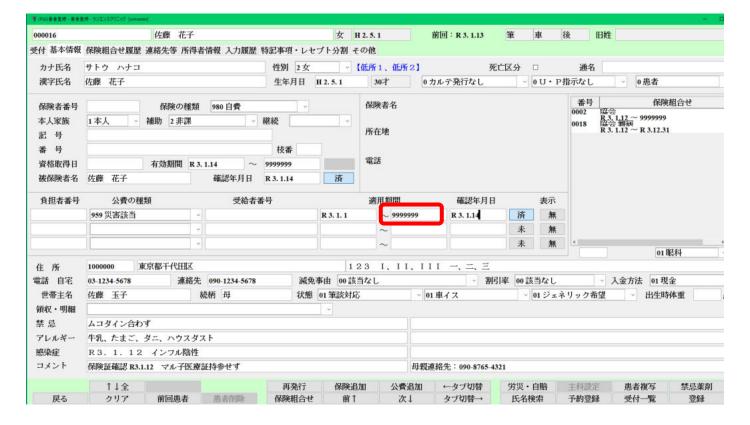
- 1. 保険医療機関等の窓口で、この証明書を被保険者証に添えて提出してください。
- 2. 被保険者の資格がなくなったとき又はこの証の有効期限に至ったときには、直ちにこの 証を市町村 (組合) に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えて ください。
- 3. この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、市町村(組合) にその旨を届け出て下さい。
- 4. 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。



② 適用期間に開始月の1日の日付を入力します。 ※月途中で保険が変更になる場合は、保険変更日を入力します。

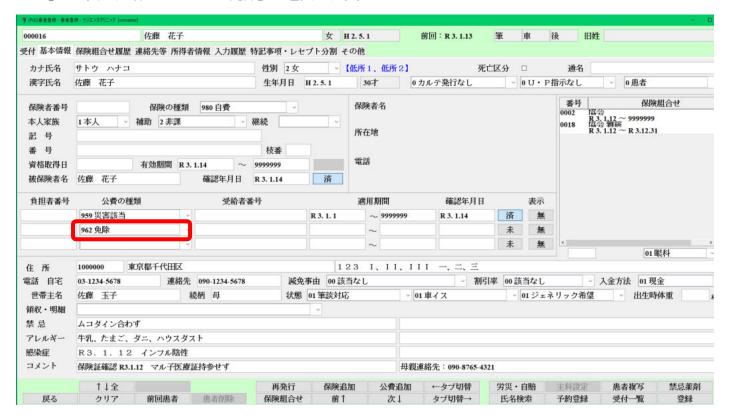


③ 終了日は Enter を押し、エンドレスで登録をします。 終了日が決まっている場合は、Enter 押下せずに終了日を入力します。





④ 公費の種類から「962: 免除」を選択します。



⑤ 適用期間に開始月の1日の日付を入力し、終了日を入力します(※災害該当に合わせます) ※月途中で保険が変更になる場合は、保険変更日を入力します。

