

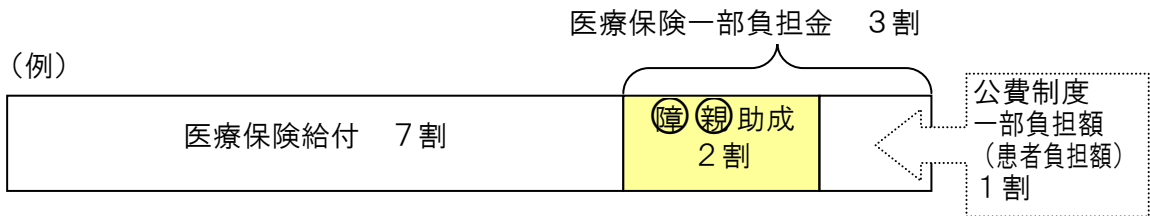
歯科「未来院請求」でも患者負担額（公費）の記載が必要です  
 < 障親一部負担あり、難病医療費助成など >

～平成26年1月請求分から～

東京都福祉保健局保健政策部医療助成課

◎ 歯科未来院請求（※）で公費負担医療制度を適用した場合、患者負担額を徴収できない場合でも、患者負担額（公費）の欄には、本来患者が負担すべき額の記載をお願いします。（公費制度で一部負担額が生じるケースのみです。）

- \* 公費助成額は、医療保険の一部負担金から各公費制度で定める一部負担額を控除した額としています。
- \* 公費助成額を正しく算出し、診療報酬をお支払いするためには、患者負担額の記入が必要です。
- \* 実際の窓口徴収がなくても、公費算定のために記載をお願いいたします。



※歯科未来院請求  
 歯冠修復物又は欠損補綴物の装着予定日から起算して1月以上経過したにもかかわらず患者が来院しない場合であって、当該歯冠修復物又は欠損補綴物を算定したときは、「平成 年 月分」欄は製作月を記載し、「診療実日数」欄は0とし、「転帰」欄は中止とし、該当する記載欄には装着料を含まない点数及び回数を記載し、「摘要」欄には未と記載するとともに、装着物の種類及び装着予定日及び装着できなくなった理由を記載する。

記載例（障80136\*\*\*親81136\*\*\*（一部負担あり）の場合）

摘要	未 装着予定 H25/6/7 種類：硬質レジンジャケット冠 理由：患者の都合により中断	公費分 点数	請求 決定	点	合計	963	点
		患者負担額 (公費)	決定	963		点	
		高額療養費	決定	円	一部負担 金額	減額 免除・支払猶予	割(円)

※ただし、公費制度上一部負担が発生しない場合（㊦義務教育就学児医療費助成で一部市町村が徴収する通院1回200円（実日数0日のため）、難病医療費助成で自己負担限度額に達した場合等）は本来患者が負担すべき額はないため記載不要

**レセコン対応が直ちにできない場合**

手書き等により記載をお願いいたします。

（お問合せ）  
 東京都福祉保健局保健政策部医療助成課  
 助成係 電話 03-5320-4282