

(公印省略)

生福第 1355 号
令和 6 年 2 月 22 日

指定医療機関 各位

大分市福祉事務所長
永田 佳也

診断書等の請求書について (依頼)

生活保護法による医療扶助の実施につきましては、日頃からご理解とご協力をいただき厚くお礼申し上げます。さて、診断書料等の支払に関する請求につきましては、福祉事務所で点検し支払を行っておりますが、医療扶助の適正化を図るため内容点検の強化を行ってまいりたいと考えております。また、請求書の押印につきましてもご承知いただきたい点がございますので、ご留意いただきますようお願い申し上げます。

1. 診断書等の写しの添付について

- (1) 「検診料請求書」、「自立支援医療費（精神通院医療）制度の申請に対する診断書料請求書」および「特定医療費（指定難病）の申請に対する臨床調査個人票作成料請求書」については作成いただいた診断書等の写しの添付をお願いします。（診断書等が数頁にわたる場合は、患者氏名、記載された医師の氏名、記載日がわかる部分の写し）
※自立支援医療費（精神通院医療）の診断書については非課税となります。

2. 押印について

- (1) 代表者の個人印または代表者印について、下記の点にご留意ください。
 - ① 朱肉での押印をお願いします。（シャチハタは押印扱いとなりません）
 - ② 押印は代表者の個人印（例：佐藤等）または代表者印（例：医療法人〇〇理事長印）となりますので、法人等の印鑑につきましては押印なし扱いになります。（例：医療法人〇〇印）
 - ③ 押印しない場合は「指定医療機関または事業所の電話番号」と「請求事務担当者の氏名（フルネーム）」の記載をお願いします。
- (2) 訂正印を使用する場合は、請求者印と同様の印鑑にて押印をお願いします。
- (3) 請求金額または合計金額に記載誤りがあった場合は、訂正印での修正は出来かねますので、新たな用紙への記入が必要です。請求書の請求金額に誤りがあった場合は、福祉事務所より新たな用紙を再度送付いたしますので、お手数ですが福祉事務所にご連絡ください。

お忙しいところ誠に恐縮ですが、ご対応のほどよろしく願いいたします。

大分市福祉事務所 生活福祉課
医療・介護担当班 堀川・安部
電話 097(537)5621 (班直通)

<記載例>

令和 年 月 日

検 診 料 請 求 書

大分市長

殿

A:請求者

医療機関の所在地
名 称
医療機関の長又は
開設者の氏名

大分市●●町1丁目1番1号

医療法人 ●●会
●●病院 理事長 大分 太郎 印

※押印がない場合
電話番号・請求書記載者のフルネーム

請求金額 一金 3,000 円也

上記のとおり請求します。

※訂正印では訂正不可。記載誤りにの際は、用紙の再依頼をお願いします。

内 訳

※ 受診者名		※ 住 所	大分市
請 求 金 額	診 察 料	点	検査名等
			身体障害者手帳診断書
			作成日：令和6年2月1日
合 計			3,000 円

※訂正印では訂正不可。記載誤りにの際は、用紙の再依頼をお願いします。

下記の口座に振り込んでください。

金融機関名	〇〇	銀行	・ 信組 ・ 信金 ・ 農協	〇〇	支店	・ 出張所
口座番号	当 座	普通	No.	1234567		
(フリガナ)	イ) マルマルカイ リジチョウ オオイタ タロウ					B:振込先
口座名義人	医) ●●会 理事長 大分 太郎					

※Aの請求者とBの振込先が異なる場合は委任状が必要です。

(例)

A: 医療法人〇〇会 B: 医療法人〇〇会 →委任状不要
A: 〇〇病院 院長 B: 〇〇病院 院長 →委任状不要
A: 〇〇病院 院長 B: 医療法人〇〇会 院長 →委任状必要