

**(別紙1)**

## ひとり親家庭等医療費自己負担額支払明細送付票(医療機関用)

① 平成 年 月分

鹿児島県国民健康保険団体連合会 殿

② 医療機関番号(10桁)			
県区分	区点 分数	機関番号(6桁)	CD

別添明細個票のとおり送付する。

③ 平成 年 月 日

④ 医療機関所在地  
名称  
開設者  
電話

印

⑤ 送付件数	件
--------	---

## 「ひとり親家庭等医療費助成額支払申請書」の作成上の注意事項

- ①「ひとり親家庭等医療費助成額支払申請書」は、市町村に提出する。
- ②住所、申請者氏名欄は、原則として、毎月1回、受診時に申請者を書いてもらう。
- ③利用者記入欄は、原則として、毎月1回、受診時に申請者を書いてもらう。
- ④生年月日欄の年号は、昭和は3、平成は4に○をする。
- ⑤保険欄は、国保は1、社保は2に○をする。

## 「明細送付票」及び「明細個票」の作成上の注意事項

- ①この明細送付票及び明細個票は、鹿児島県国民健康保険団体連合会に提出する。
- ②入院・入院外欄は、入院は1、入院外は2に○をする。
- ③保険負担割合欄は、受給者自己負担割合に該当するものに○をする。
- ④自己負担支払額は、利用者が窓口で支払った額を記入する。
- ⑤実診療年月欄は、実診療年月を記入する。

## ①診療年月欄

提出する月の前月を記入。

(例:平成27年7月提出の場合、平成27年6月を記入。)

## ②医療機関番号

- ・ 県区分
  - ・ 鹿児島県は“46”
- ・ 点数区分
  - ・ 医科は“1”
  - ・ 歯科は“3”
  - ・ 調剤薬局は“4”
  - ・ 訪問看護ステーションは“6”
- ・ 機関番号(6桁)・CD
  - ・ 保険医療機関コード・保険薬局コードを記入。

## ③送付年月日

本会へ送付する日付を記入。

## ④医療機関所在地

名称・開設者・電話番号記入のうえ押印。

## ⑤送付件数

送付する明細個票の件数を記入。

※提出するひとり親家庭等医療費自己負担額支払明細個票の合計枚数

(月遅れ提出分を含む)を記載します。

記載の際は数え間違いのないようご注意ください。

(別紙2)

医療機関→国保連合会

様式23号-1  
(国保連合会提出用)

ひとり親家庭等医療費自己負担額支払明細個票

利用者記入欄

市町村番号 ①	1	0	事業番号	2
受給者番号 ②				
フリガナ				
対象者名 ③				
生年月日 ④	3.	昭和・4. 平成	年	月
保 険 ⑤	1. 国保		2. 社保	
保険者番号 ⑥				

保険医療機関等の証明

入院・入院外 ⑦	1. (入院)	2. (入院外)	
保険負担割合 ⑧	1. (2割)	2. (3割)	3. ( )
保険診療合計点数 ⑨			点
自己負担支払額 ⑩			円
実診療年月 ⑪	平成	年	月
備 考			

- ⑫ 保険医療機関等  
所在地  
名称  
氏名

利用者記入欄

- ①市町村番号  
薩摩川内市の番号10を記入。
- ②受給者番号  
受給者番号9桁を記入。(受給資格者証に記載の受給者番号を記入。)
- ③対象者名  
受給者の氏名・フリガナを記入。  
(漢字のみでは読みが分からない場合があります。)
- ④生年月日  
受給者の生年月日を記入。  
(1月～9月・1日～9日の場合は右詰めで記入してください。)
- ⑤保険  
国民健康保険の場合は“1”を、健康保険や共済等の国民健康保険以外の  
場合“2”を○で囲む。
- ⑥保険者番号  
国民健康保険や健康保険等の医療保険の保険者番号を記入。  
(被保険者証番号を記入している場合がありますのでご注意ください。)
- ・保険医療機関等の証明
- ⑦入院・入院外  
入院の場合“1”を、入院外の場合“2”を○で囲む。
- ⑧保険負担割合  
健康保険証の負担割合を記入。  
2割負担の場合“1”を、3割負担の場合“2”を○で囲む
- ⑨保険診療合計点数  
保険診療に係る点数を記入。
- ⑩自己負担支払額  
窓口で支払いを受けた額を記入。
- ⑪実診療年月  
診療年月を記入。
- ⑫保険医療機関等  
所在地、名称、氏名を記入。  
(未記入の場合、どこの機関が分からなくなりますので、各個票に記入してく  
ださい。)

## ひとり親家庭等医療費自己負担額差額発生報告書（医療機関用）

**(別紙3)**

① \_\_\_\_\_ 市町村長 殿

④ 医療機関所在地  
 名 称 \_\_\_\_\_  
 開 設 者 \_\_\_\_\_  
 電 話 \_\_\_\_\_

印

医療機関番号(10桁)					
県区分	高次区分	機関番号(6桁)	CD		

下記のとおり報告する。

② \_\_\_\_\_ ③ 平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

受給資格者に関する基本情報				前回報告した診療情報				差額発生後の診療情報				備考 (発生理由)	
保 険	ひとり親家庭等資格者証受給者番号	氏 名	生年月日	入 外	実診療年月	合計点数	自己負担 支払額 A	合計点数	自己負担 支払額 B	自己負担支払額 の差額(A-B)			
⑤	⑥	⑦	号 年 月 日	⑨	号 年 月	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮		⑯	
1. ⑤ 2. 2. 社保			S	1. ⑨ 2. 入院外	H	⑩							
2. 1. 国保 2. 2. 社保		<p><b>・保険医療機関・保険薬局が自己負担額の誤り等に気付いたときに、薩摩川内市へ報告するための根拠</b></p> <p><b>・薩摩川内市はこれに基づき対象者へ支給した額の過不足の調整を行う。</b></p> <p><b>・国保連合会への報告は必要としない。</b></p>											
3. 1. 国保 2. 2. 社保													
8. 1. 国保 2. 2. 社保													
9. 1. 国保 2. 2. 社保													
10. 1. 国保 2. 2. 社保				H	2. 入院外								

- ① この報告書は事業実施主体の市町村に提出すること
- ② この報告書は、医療機関用差額発生報告書とする。
- ③ 報告書が2枚以上にわたる場合はNo.を記入し、2枚目以降も捺印する。
- ④ 受給者番号は、ひとり親家庭等医療費助成資格者証に記載された番号を転記する。
- ⑤ 保険区分欄は、国保の場合は「1. 国保」を、社保の場合は「2. 社保」に○を附す。
- ⑥ 生年月日の年号欄は、昭和の場合は「S」を、平成の場合は「H」に○を附す。
- ⑦ 入外区分欄は、入院の場合は「1. 入院」を、入院外の場合は「2. 入院外」に○を附す。
- ⑧ 「前回報告した診療情報」は、以前に国保連合会に報告した内容を転記すること。
- ⑨ 「差額発生後の診療情報」は、減額等により発生し変動した結果のレセプトの点数と自己負担支払額を記入する。
- ⑩ 「備考」欄には、差額が発生した理由等を記入する。

- ① “薩摩川内市長” 殿と記載する。
  - ② 県区分 “46”  
 点数区分 “医科”は1、“歯科”は3、“調剤”は4、“訪問看護”は6を記載する。  
 機関番号(6桁)+CD 診療報酬明細書・調剤報酬明細書(レセプト)に記載する保険医療機関コード、薬局コードを記載する。
  - ③ 報告日を記載する。
  - ④ 保険医療機関・保険薬局の所在地・名称・開設者氏名・電話番号を記載する。
- 受給資格者に関する基本情報**
- ⑤ “国保”は1、“社保”は2を○で囲む。
  - ⑥ 資格者証の受給者番号を記載する。
  - ⑦ 対象者の氏名を記載する。
  - ⑧ 年号は、“昭和”の場合は「S」を、“平成”の場合は「H」を○で囲む。

- 前回報告した診療情報(以前に国保連合会に報告した内容を記載)**
- ⑨ “入院”の場合は「1. 入院」、「入院外」の場合は「2. 入院外」を○で囲む。
  - ⑩ 実際に診療を行った年月を記載する。
  - ⑪ 該当月の保険診療の合計点数を記載する。
  - ⑫ 該当月に対象者が窓口で支払った自己負担額を記載
- 差額発生後の診療情報**
- ⑬ 減額等により発生し変動した結果の保険診療の合計点数を記載する。
  - ⑭ 減額等により発生し変動した結果の保険診療の自己負担支払額を記載する。
  - ⑮ 自己負担額支払額の差額 ⑫-⑭ の計算値を記載する。
  - ⑯ 差額が発生した理由を記載する。

(別紙4)

ひとり親家庭等医療費報告内容変更報告書(医療機関用)

(No. )

① 市町村長 殿

医療機関番号(10桁)			
県区分	点数区分	機関番号(6桁)	CD

下記のとおり報告する。

④ 医療機関所在地  
名称  
開設者  
電話

印

② 平成 年 月 日

受給資格者に関する基本情報			誤った報告済みの情報			今回報告する正しい情報	変更・取消
保険	ひとり親家庭等資格者証受給者番号	氏名	報告年月	報告項目	報告内容		
			号 年 月				
1 ⑤	⑥	⑦	H ⑧	⑨	⑩	⑪	1 ⑫ 2. 取消
2. 社保							1. 変更 2. 取消
1. 国保							1. 変更 2. 取消
2. 社保							1. 変更 2. 取消
1. 国保							1. 変更 2. 取消
2. 社保							1. 変更 2. 取消
1. 国保							1. 変更 2. 取消
2. 社保							1. 変更 2. 取消
1. 国保							1. 変更 2. 取消
2. 社保							1. 変更 2. 取消

**保険医療機関・保険薬局が、国保連合会へ提出後、誤りに気づき提出済みの「明細個票」に変更・取り消しを行う際に、薩摩川内市へ提出する。  
(自己負担額の変更については、「自己負担額差額発生報告書(医療機関用)」を提出する。)**

**薩摩川内市は、保険医療機関・保険薬局から報告を受けたもののうち「取消」については、「非該当返戻報告書」を作成し、国保連合会へ送付する。**

- ①この報告書は事業実施主体の市町村に提出すること。
- ②この報告書は、医療機関用報告内容変更報告書とする。
- ③報告書が2枚以上にわたる場合はNo.を記入し、2枚目以降も捺印する。
- ④受給者番号は、ひとり親家庭等医療費助成資格者証に記載された番号を転記する。
- ⑤保険区分欄は、国保の場合は「1. 国保」を、社保の場合は「2. 社保」に○を附す。
- ⑥「誤った報告済みの情報」は、以前に国保連合会に報告した情報で誤りのあった内容を転記すること。
- ⑦「今回報告する正しい情報」は、本来報告すべきであった正しい情報を記入する。
- ⑧実施主体の市町村に変更がない場合等は「1. 変更」に、実施主体の市町村が変更の場合には「2. 取消」に○を附す。

① "薩摩川内市長" 殿と記載(固定)

② 県区分 "46"

点数区分 "医科"は1、"歯科"は3、"調剤"は4、"訪問看護"は6を記載する。

機関番号(6桁)+CD 診療報酬明細書・調剤報酬明細書(レセプト)に記載する保険医療機関コード、薬局コードを記載する。

③ 報告日を記載する。

④ 保険医療機関・保険薬局の所在地・名称・開設者氏名・電話番号を記載する。

**受給資格者に関する基本情報**

⑤ "国保"は1、"社保"は2を○で囲む。

⑥ 資格者証の受給者番号を記載する。

⑦ 対象者の氏名を記載する。

**誤った報告済みの情報**

⑧ 国保連合会に報告した年月を記載する。

⑨ 誤った個所の項目名を記載する。

⑩ 国保連合会に報告した内容を記載する。

⑪ 本来報告すべきであった正しい情報を記載する。

⑫ 実施主体の市町村に変更がない場合等は「1. 変更」に、実施主体の市町村が変更の場合には「2. 取消」を○で囲む。

国保連合会 → 医療機関

# ひとり親家庭等医療費助成事業受付件数明細書(医療機関用)

平成 年 月 ~ 平成 年 月診療分  
を下記のとおり受け付けました。

医療機関所在地  
名 称  
開設者

医療機関コード : \_\_\_\_\_

様

市町村名	① 3月診療分			4月診療分			5月診療分			6月診療分			7月診療分			8月診療分			合 計		
	受付	返戻	確定	受付	返戻	確定	受付	返戻	確定	受付	返戻	確定	受付	返戻	確定	受付	返戻	確定	受付	返戻	確定
								②													

- ・ 保険医療機関・保険薬局から国保連合会へ提出された受付件数をお知らせするための様式です。
- ・ 3ヵ月に1回送付されます。  
 ( 3. 4. 5月診療分を 7月初旬に) ← (24年度は4・5月診療分のみ)  
 ( 6. 7. 8月診療分を10月初旬に)  
 ( 9. 10. 11月診療分を 1月初旬に)  
 (12. 1. 2月診療分はひとり親家庭等医療費助成事業報告事務手数料支払通知書(1年分記載)が4月末に送付されるのでその帳票の中で確認する)

**※ 医療機関等で管理されている提出件数・返戻件数等と突合し、国保連合会で処理されたかを確認することが出来る。**

- ※ 診療分には、月遅れ分も含む。
- ※ 本帳票は毎月10日までに提出されている「明細個票」の受付件数です。
  - ①「受付」とは、国保連合会へ提出された件数です
  - ②「返戻」とは、不備等があり返戻された件数です。
  - ③「確定」とは、「受付」から「返戻」件数を差引いた件数です。

- ① 保険医療機関・保険薬局での診療月を表示しています。(月遅れも含む) 例:3月診療分→4月に国保連合会提出分□
- ② 「受付」とは、国保連合会へ提出された件数です  
 「返戻」とは、不備等があり取り消された件数です。  
 「確定」とは、「受付」から「返戻」件数を差引いた件数で国保連合会で処理した件数です。

国保連合会 → 医療機関

# ひとり親家庭等医療費助成事業報告事務手数料支払通知書

平成 年 月 ~ 平成 年 月診療分

医療機関所在地  
医療機関名

医療機関コード : \_\_\_\_\_

市町村名	① 3月診療分			4月診療分			5月診療分			6月診療分			7月診療分			8月診療分			合計			
	9月診療分			10月診療分			11月診療分			12月診療分			1月診療分			2月診療分						
	提出	調整	確定	提出	調整	確定	提出	調整	確定	提出	調整	確定	提出	調整	確定	提出	調整	確定	提出	調整	確定	手数料
								②														

- ・保険医療機関・保険薬局が作成した「明細個票」の報告に係る事務手数料の支払明細。  
(年1回4月末に発送されてくる。)
- ・3月診療分から2月診療分までの一年分は4月末に保険医療機関・保険薬局の届出口座に振り込まれる。  
↑ 24年度は4月診療分から
- ・3月診療分から2月診療分(月遅れも含む)の1年間の国保連合会で処理された件数が確認できる。  
(提出漏れなどの確認に利用する。)
- ・12. 1. 2月診療分の国保連合会からの受付件数を知らせるための様式も兼ねる。


※ 診療分とは医療機関が診療を行った月であり、国保連合会への提出は翌月である。(例 3月診療分→4月提出分)  
(診療分には月遅れ分も含む)

- ①「提出」とは国保連合会で受付られて処理をした件数
- ②「調整」とは当該月に市町村から「返戻報告書」で報告された件数
- ③「確定」とは「提出」から「調整」を差引いた件数

- ① 医療機関での診療月を表示しています。(月遅れも含む) 例:3月診療分→4月に国保連合会提出分□  
(ただし、「提出」には国保連合会への提出され、返戻等により受け付けられなかった件数などは含まれていない。)
- ② 「提出」とは国保連合会で受付られて処理をした件数 (返戻等により国保連合会が受け付けなかった件数は含まれない)  
「調整」とは当該月に市町村から「返戻報告書」で報告された件数  
「確定」とは「提出」から「調整」を差引いた件数