

ひとり親家庭等医療費自己負担額支払明細個票提出時の注意事項

1 受付締切

- ・ひとり親家庭等医療費自己負担額支払明細個票（以下「明細個票」）の受付締切日は毎月10日です。
- ・郵便・宅配便等の送付につきましても同様に締切は10日到着分までとなります。

2 ひとり親家庭等医療費自己負担額支払明細送付書の提出について

- ・明細個票を提出される場合は、媒体（CD-R、FD、紙）と併せてひとり親家庭等医療費自己負担額支払明細送付書の提出をお願いします。

3 電子記録媒体（CD-R、FD）の提出について

- ・電子記録媒体の保護ケース

電子記録媒体が破損する場合がありますので、プラスチックケースに入れて提出してください。

- ・控用データの作成

提出された電子記録媒体は返却いたしませんので、作成データについては、正副各1枚作成し、正の電子記録媒体を提出してください。

- ・電子記録媒体への記載

①CD-R

以下の記載例を参考にCD-Rのレーベル面に直接油性マジック等で記載してください。ラベルシールは使用しないでください。

記載例



②FD（フロッピーディスク）

フロッピーディスクの場合は、ラベルシールに記載し、貼付してください。

記載例

ひとり親家庭等医療費自己負担額支払明細

診療年月 年 月 診療分 件数 件

提出年月日 年 月 日

医療機関番号 _____

医療機関名称 _____

※注意事項

医療機関番号、件数の記入漏れが多く見られます。提出の際は、記載漏れがないか再度ご確認ください。

※FD（フロッピーディスク）での提出について

フロッピーディスクは生産が終了しております。フロッピーディスクの在庫がなくなった場合は、CD-Rでの提出をお願いいたします。

4 紙媒体の提出について

ひとり親家庭等医療費自己負担額支払明細送付票（以下「送付票」）とひとり親家庭等医療費自己負担額支払明細個票（以下「明細個票」）を一緒に綴じて提出してください。

※注意事項

送付票の添付漏れが多く見られます。提出の際は、送付票も併せて提出してください。

（1）記載方法

送付票…別紙1を参照ください。

明細個票…別紙2を参照ください。

（2）綴じ方

綴じる順番

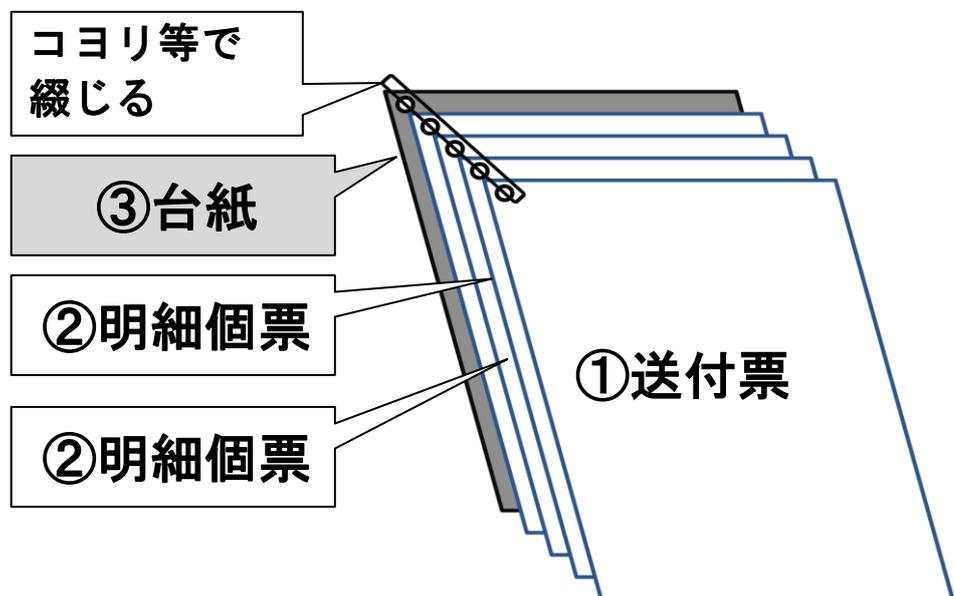
①送付票 1枚

②明細個票（月遅れ提出分（提出する月の前月より前の診療分）も含めます）。

③厚紙等の台紙

①～③をまとめてコヨリ等で綴じます（枚数が少ない場合はホチキス留めでも可）。

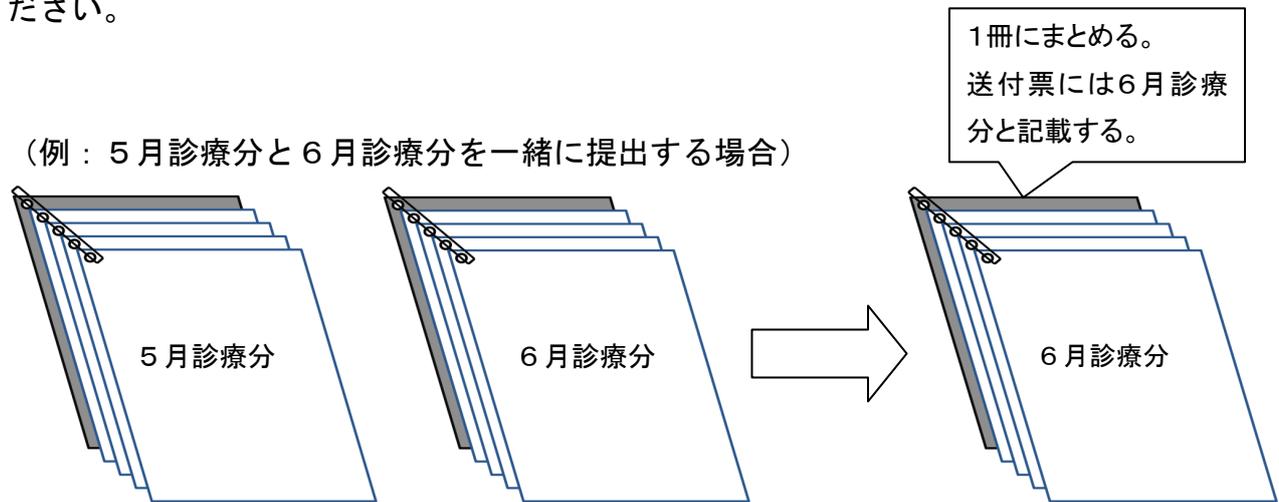
なお、クリップ留めは不可とします。



※注意事項

当月分（提出する月の前月診療分）と月遅れ分（提出する月の前月以前の診療分）を一緒に提出する際は、送付票一枚を添付して一冊に綴じてください。

送付票に月遅れ分を含めた件数を記入し、診療年月欄は提出する月の前月を記入してください。



5 「ひとり親家庭等医療費自己負担額差額発生報告書」「ひとり親家庭等医療費報告内容変更報告書」の提出について

提出後に自己負担額に変更等があった場合は、「ひとり親家庭等医療費自己負担額差額発生報告書」を作成し、該当市町村へ送付してください。（別紙3を参照ください。）

また、提出後に資格等の誤りにより取消しなどが発生した場合は、「ひとり親家庭等医療費報告内容変更報告書」を該当市町村へ送付してください。（別紙4を参照ください。）

(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 | 点数区分 | 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 | | | | | | | |
|-----------------------|------------------|----|------|------------|---|---|------------------|------------|---|------|-----------|------|-----------|-----------------|----------|
| 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) | 備考(発生理由) |
| | | | 号 | 年 | 月 | 日 | | 号 | 年 | | | | | | |
| ⑤ 1. 国保 2. 社保 | ⑥ | ⑦ | S | ⑧ | | | 1. ⑨ 院 2. 入院外 | H | ⑩ | ⑪ | ⑫ | ⑬ | ⑭ | ⑮ | ⑯ |
| 2. 1. 国保 2. 2. 社保 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | |

・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

・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。

・国保連合会への報告は必要としない。

- 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。