

## 乳幼児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

- ・乳幼児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 乳幼児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）と併せて乳幼児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

#### ① CD-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

The diagram shows a CD-R disc with a central hole. A dashed rectangular box is drawn on the right side of the disc, indicating the area for labeling. Inside this box, the following text is written:

乳幼児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  
電話番号

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

The diagram shows a floppy disk with a label area. The label contains the following text:

乳幼児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 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

※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

乳幼児医療費自己負担額支払明細送付票（以下「送付票」）と乳幼児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

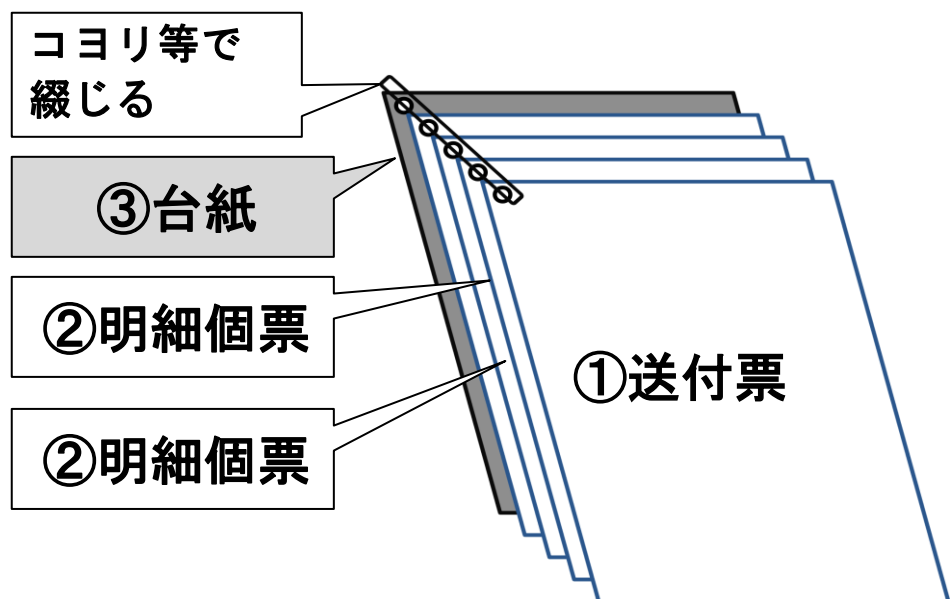
①送付票 1枚

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）。

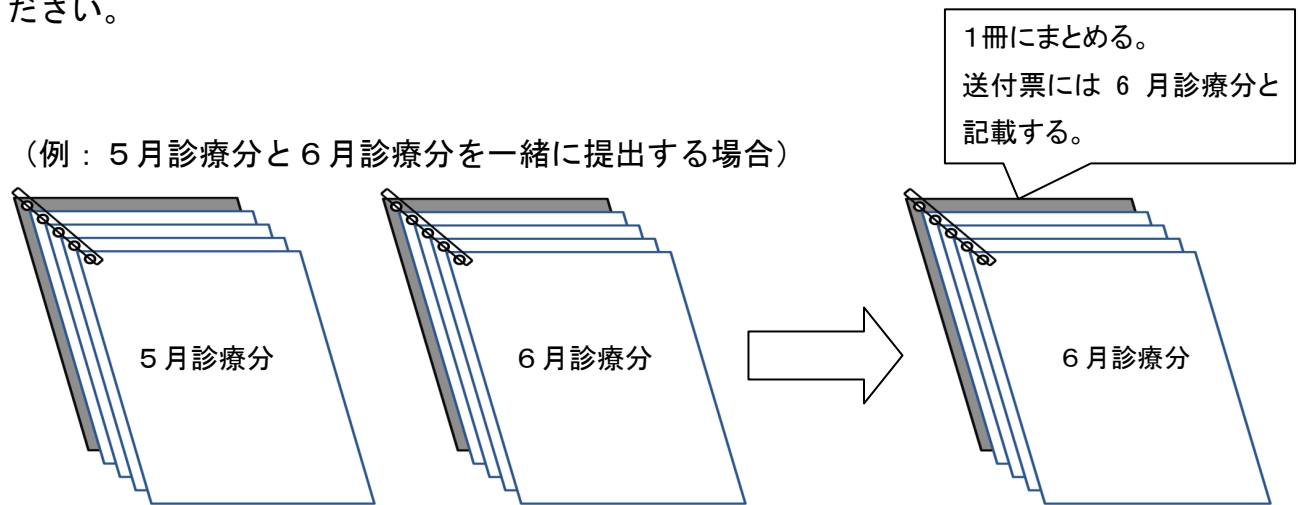
なお、クリップ留めは不可とします。



※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 「乳幼児医療費自己負担額差額発生報告書」「乳幼児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、「乳幼児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、「乳幼児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)

※ 国保連合会へ乳幼児医療費自己負担額支払明細個票を送付する際に添付する。

医療機関→国保連合会

様式1号

乳幼児医療費自己負担額支払明細送付票(医療機関用)

① 令和 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 令和 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
------	---

「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この明細送付票は、医療機関用とする。
- ③「利用者記入欄」は、原則として、毎月1回、受診時に利用者に書いてもらう。  
なお、翌月以降は、そのコピーを利用することもできる。
- ④入院・入院外欄は、入院は1、入院外は2に○をする。
- ⑤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。
- ⑥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。
- ⑦実診療年月欄は、実診療年月を記入する。
- ⑧診療科コードの入力は旧総合病院は必須とする。

診療科コード表

1 内科	11 整形外科	21 性病科	31 麻酔科	72 第三内科(大学)
2 精神科	12 形成外科	22 肛門科	33 心療内科	73 第一外科(大学)
3 神経科	13 美容外科	23 産婦人科	34 アレルギー科	74 第二外科(大学)
4 神経内科	14 脳神経外科	24 産科	35 リウマチ科	
5 呼吸器科	15 呼吸器外科	25 婦人科	36 リハビリテーション科	
6 消化器科	16 心臓血管外科	26 眼科	49 全科	
7 胃腸科	17 小児外科	27 耳鼻咽喉科	50 歯科	
8 循環器科	18 皮膚泌尿器科	28 気管食道科	60 調剤	
9 小児科	19 皮膚科	29 理学診療科	70 第一内科(大学)	
10 外科	20 泌尿器科	30 放射線科	71 第二内科(大学)	

①診療年月欄

提出する月の前月を記入。  
(例: 令和元年7月提出の場合、令和元年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。  
※提出する乳幼児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)

乳幼児医療費自己負担額を自動償還するため、医療機関で毎月受給者一人につき入院・入院外別に1枚作成し、診療報酬明細書提出締切日の10日までに明細送付票と併せて国保連合会へ提出する。

医療機関→国保連合会

医療機関名

様式1号-1

①

乳幼児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	②	事業番号	1
受給者番号	③		
フリガナ			
乳幼児氏名	④		
生年月日	⑤	4:平成5:令和	年 月 日
保 険	⑥	1. 国保	2. 社保
保険者番号	⑦		

医療機関記入欄

入院・入院外	⑧	1. (入院)	2. (入院外)
保険負担割合	⑨	1. (2割)	2. (3割) 3. ( )
保険診療合計点数	⑩		点
自己負担支払額	⑪		円
実診療年月	⑫	4:平成5:令和	年 月
診療科コード		※旧総合病院の場合は記入	
備 考			

①医療機関名  
機関名を記入。  
(未記入の場合、どこの機関か分からなくなりますので、各個票に記入してください。)

・利用者記入欄  
この欄は利用者及びその利用者の保護者等が記入する欄になりますが、記入漏れや記入誤りが見られますので、医療機関様においても記入漏れや記入誤りがないかご確認ください。

②市町村番号  
市町村番号2桁を記入。(受給資格者証に記載の市町村番号を記入。)

③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。)

④乳幼児氏名  
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。)

⑤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。)

⑥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。

⑦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。)

・医療機関記入欄

⑧入院・入院外  
入院の場合“1”を、入院外の場合“2”を○で囲む。

⑨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

⑩保険診療合計点数  
保険診療に係る点数を記入。

⑪自己負担支払額  
窓口で支払いを受けた額を記入。

⑫実診療年月  
診療年月を記入。

# 乳幼児医療費自己負担額差額発生報告書

医療機関所在地・名称・開設者氏名・電話番号を記載

(別紙3)

市町村長 \_\_\_\_\_

医療機関番号を記載

報告日を記載

医療機関番号(10桁)			
県区分	数区	機関番号(6桁)	CD

下記のとおり報告する。

令和 年 月 日

医療機関所在地  
名称  
開設者  
電話

報告時の「自己負担支払額」から差額発生後の「自己負担支払額」との差額を記載

印

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	乳幼児資格証受給者番号	氏名	生年月日 号 年 月	入外	実診療年月 号 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)	
1. 国保 2. 社保			H R	1. 入院 2. 入院外	H R						
1. 国保 2. 社保			H R	1. 入院 2. 入院外	H R						
1. 国保 2. 社保			H R	1. 入院 2. 入院外	H R						
1. 国保 2. 社保			H R	1. 入院 2. 入院外	H R						
1. 国保 2. 社保			H R	1. 入院 2. 入院外	H R						
1. 国保 2. 社保			H R	1. 入院 2. 入院外	H R						
1. 国保 2. 社保			H R	1. 入院 2. 入院外	H R						
1. 国保 2. 社保			H R	1. 入院 2. 入院外	H R						
1. 国保 2. 社保			H R	1. 入院 2. 入院外	H R						

1 国保  
2 社保  
のいずれかに  
○を付ける

乳幼児医療費助成金受給資格者  
証に記載された番号を記載

受給者の氏名を  
記載

国保連合会に報告した内容を記  
載

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載

発生理由を記載

・医療機関が自己負担額の誤り等に気付いたときに、市町村へ報告する様票  
・市町村は本書に基づき受給者へ自動償還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、乳幼児医療費助成金受給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。
- ⑦「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。
- ⑧「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。
- ⑨「備考」欄には、差額が発生した理由等を記入する。  
生年月日及び実診療年月欄は、平成の場合は「H」を、令和の場合は、「R」に○を附す。

(別紙4)

乳幼児医療費報告内容変更報告書(医療機関用)

医療機関所在地・名称・開設者氏名・電話番号を記載

(No. )

市(町村)長

医療機関番号を記載

報告日を記載

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。

令和 年 月 日

医療機関所在地  
名称  
開設者  
電話

印

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	備考
保険	乳幼児資格証受給者番号	氏名	報告年月			報告項目		
			号	年	月			
1. 国保 2. 社保 国保			H R					
			H R					
			H R					
			H R					
			H R					
			H R					
			H R					
			H R					
			H R					

1国保  
2社保  
のいずれかに  
○を付ける

乳幼児医療費助成金受給  
資格者証に記載された番号  
を記載

受給者の氏名を  
記載

国保連合会に報告  
した年月を記載

誤った箇所の項  
目を記載

国保連合会に報告し  
た内容を記載

本来報告すべきであった  
正しい情報を記載

医療機関が、国保連合会へ提出後、誤りに気づき提出済みの「明細個票」の内容変更を行う際に、市町村へ提出する。  
(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。)

- この報告書は事業実施主体の市町村に提出すること。
- この報告書は、医療機関用報告内容変更報告書とする。
- 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。
- 受給者番号は、乳幼児医療費助成金受給資格者証に記載された番号を転記する。
- 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。
- 「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。
- 「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。  
報告年月欄は、平成の場合は「H」を、令和の場合は、「R」に○を附す。