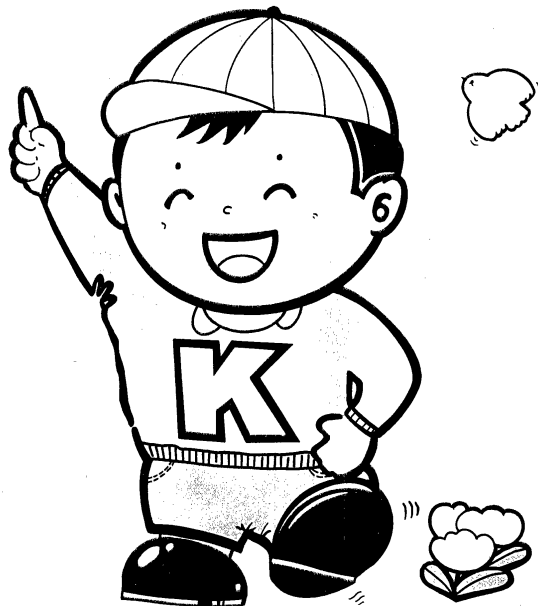


令和元年度 国保請求事務の手引き

～保険医療機関等向け～



令和元年 11 月 26 日

鹿児島県国民健康保険団体連合会

目次

1.請求受付日・締切日に関するについて . . . P.1～2

- (1) 窓口受付の開設日について

2.オンライン請求システムに関するについて . . . P.3～7

- (1) 「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出」の記載について
- (2) オンライン請求システムでのレセプト取り下げ依頼について
- (3) 返戻レセプトや増減点連絡書のオンライン請求システムでのダウンロード期間について
- (4) オンライン請求システムで請求したデータの取り消し手続きについて

3.請求に関するについて . . . P.8～10

【医科・歯科・調剤】

- (1) 特別療養費の請求について
- (2) 月途中で保険者変更があったレセプトの請求について
- (3) 介護老人保健施設入所者に係る診療料について
- (4) 特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて

4. レセプトの記載要領について

・・・P.11～21

- (1) 「第三者行為に係るレセプトの記載について
- (2) 特定保険医療材料に係るレセプトの記載について
- (3) 返戻再請求時の注意事項について
- (4) 麻薬加算算定時の注意事項について
- (5) 医療保険と公費 10（結核適正医療）の併用レセプトの記載について
- (6) 自立支援医療・患者負担額記載について
- (7) 自立支援医療（負担上限月額が設定されている患者の場合）の記載について
- (8) 自立支援医療の患者負担額について（高額療養費における高額長期疾病に該当する（マル長の）場合）
- (9) 高額療養費における高額長期疾病に該当する患者（マル長該当患者）の請求について
- (10) 保険種別・単併区分・本家区分・給付割合の記載について

5. 施設基準に関する届出について

・・・P.22

- (1) 施設基準の届出の提出について
- (2) 酸素加算に関する届出について

6. 過誤に関する通知書について

・・・P.23～27

- (1) 診療報酬支払額決定通知書等の過誤額について

7. その他

・・・P.28～30

- (1) レセプト等の問い合わせ先について
- (2) 請求書の販売について

8.乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成事業関係について

・・・P.31～42

- (1) 乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成の請求方法について
- (2) 乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成の月遅れ分の請求方法について
- (3) 電子媒体（CD-R）への記載について
- (4) 乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成の紙媒体から電子媒体への変更に
ついて
- (5) 自動償還システムの入手方法について
- (6) 提出済の乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成の個票またはデータに誤
りがあった場合について
- (7) 乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成の提出締切日について
- (8) レセプト等の問い合わせ先について

※乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成とは、個票による自動償還方式を示します。

1.請求受付日・締切日に関することについて

＜留意事項＞

- ・窓口、郵送どちらの提出方法であっても、締切日は毎月 10 日となっております。
- ・悪天候による発送の遅れ等、やむを得ない事情により締切日に間に合わないことが想定される場合は、早めに担当部署へ御連絡をお願いいたします。

＜よくある問い合わせ＞

(1) 窓口受付の開設日について

Q.レセプトの受付窓口が開いている日に提出したいのですが、スケジュールは決まっていますか。

A.令和 2 年 3 月までのスケジュールが決まっています。受付窓口を設けて、職員が対応しておりますので、持参される方は参考 1 を御確認の上、御利用ください。(参考 1—P.2 へ)

【参考1】

国保診療報酬明細書の窓口受付開設日

※毎月10日が国保診療報酬明細書の受付締切日です。それ以外にも、下記の日程において受付の窓口を開設しておりますのでご利用ください。

				受付締切日
平成31年	4月	8日(月)	9日(火)	10日(水)
令和元年	5月	8日(水)	9日(木)	10日(金)
	6月		7日(金)	10日(月)
	7月	8日(月)	9日(火)	10日(水)
	8月	8日(木)	9日(金)	10日(土)
	9月		9日(月)	10日(火)
	10月	8日(火)	9日(水)	10日(木)
	11月	7日(木)	8日(金)	10日(日)
	12月		9日(月)	10日(火)
令和2年	1月	8日(水)	9日(木)	10日(金)
	2月		7日(金)	10日(月)
	3月		9日(月)	10日(火)

2.オンライン請求システムに関することについて

<留意事項>

- ・オンライン請求分は、10日の24時までに送信を確定させてください。
- ・間違ったデータを送信し確定してしまった場合は、早急に担当部署に御連絡の上、データ削除等の必要手続きを行ってください。（手続きの流れについては、P.4「(4) オンライン請求システムで請求したデータの取り消し手続きについて」を参照ください。）

<よくある問い合わせ>

(1)「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出」の記載について

Q.医療機関（薬局）コードが変更になった場合、届出は、「開始」と「変更」のどちらを選択して、○（マル）で囲めばよろしいでしょうか。

A.「開始」を選択し、○（マル）で囲んでください。

なお、OSを変更する場合や、電気通信回線を変更する場合は、「変更」を選択してください。その際は、備考欄へ変更内容の記載をお願いいたします。（参考1を参照ください—P.5へ）

(2) オンライン請求システムでのレセプト取り下げ依頼について

Q.請求した当月レセプトをオンライン請求システムから取り下げ依頼することは可能でしょうか。

A.請求した当月レセプトの取り下げ依頼をオンライン請求システムで依頼する場合は、システム上、翌月以降でないと依頼できません。

当月中に取り下げ処理が必要であれば、担当係に御連絡の上、紙媒体で再審査等請求書を送付してください。

(3) 返戻レセプトや増減点連絡書のオンライン請求システムでのダウンロード期間について

Q.返戻レセプトや増減点連絡書をオンライン請求システムからダウンロードできる期間を教えてください。

A.レセプトを請求した月（再審査は、国保連合会が処理をした月）の翌月5日～月末（月の1日から4日までは、システムのメンテナンス期間のため、オンライン請求システムを使用することはできません。）まで、返戻レセプトや増減点連絡書をダウンロードすることができます。月末を過ぎますとまた翌月の請求（処理）データへ更新されます。

(4) オンライン請求システムで請求したデータの取り消し手続きについて

Q.オンライン請求システムで請求したデータ（確定分）に訂正があるため、請求を取り消したいのですが、どのようにしたらよろしいでしょうか。

A.以下を参照ください。（参考2も併せて参照ください→P.7へ）

○オンライン請求システムにおける請求確定データの取り消し手続きの流れについて

※月の5～10日に取り消しを実施したい場合

① 国保連合会にオンライン請求システムの請求確定データを取り消したい旨の電話連絡を行う

↓

② 「請求データ削除依頼書」をお持ちの方は③へ、「請求データ削除依頼書」をお持ちでない方は様式をFAXで国保連合会から受信する（「請求データ削除依頼書」は、HPに掲載されておりません）

↓

③ 国保連合会にて記載事項の確認を行うため、「請求データ削除依頼書」を記載し、国保連合会へFAXで送り返す

↓

④ 原本を郵送する

（国保連合会にて記載事項確認後、「請求データ削除依頼書」に不備がある場合のみ、国保連合会から連絡致します）

↓

⑤ 10日までに正しい請求確定データを再送する

※月の10日までにオンライン請求し、不備が見つかり11日以降に媒体で請求する場合

①～③は上記と同じ（媒体の提出期限に関しては電話の時に連絡する）

④提出期限までに、「請求データ削除依頼書」の原本と再請求の媒体を提出する

（※初めて媒体で請求する医療機関のみ「光ディスク等を用いた費用の請求に関する届出」も併せて提出をお願い致します）

【参考1（1／2）】

電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出

電子計算機を使用して厚生労働大臣の定める方式に従って電子情報処理組織の使用による費用の請求を（ 開始 ・ 変更 ）することに関し、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」の規定に基づき届け出ます。

なお、審査支払機関のオンライン請求システム利用規約に同意します。

平成 年 月 日

（審査支払機関名） 御中 開設者 住所
氏名 ㊞

医療機関（薬局）コード				点数表区分	医科・DPC・歯科・調剤	
保険医療機関（薬局）名				電話番号		
保険医療機関（薬局）所在地				郵便番号		
レセコンのプログラム名称				請求開始・変更年月	平成 年 月 請求分から	
レセコンのソフトメーカー名 （プログラムの作成者の氏名）				パソコンの基本ソフト（OS） ・ブラウザ		
オンライン請求システムに係る安全対策の規程（セキュリティ・ポリシー）	有 ・ 無					
電気通信回線	IP-VPN接続	ISDN ダイヤルアップ接続 （ - - ）	インターネット接続 IPsec+IKE提供事業者名 （ ）	※受付印		
確認試験の実施	有 ・ 無					
備考						

【参考1（2／2）】

作成要領

- 1 この様式は、保険医療機関等が電子情報処理組織の使用による費用の請求を開始又は使用しているプログラム等を変更する場合、審査支払機関に医科、D P C、歯科及び調剤別に作成し提出する。
- 2 電子情報処理組織の使用による費用の請求を開始又は変更しようとするとき、その別を○で囲む。
- 3 「点数表区分」欄には、医科、D P C、歯科及び調剤の別を○で囲む。
- 4 「医療機関（薬局）コード」、「保険医療機関（薬局）名」、「電話番号」、「保険医療機関（薬局）所在地」及び「郵便番号」欄には、保険医療機関届で届け出た記載内容を記入する。
- 5 「レセコンのプログラム名称」欄には、レセコンのソフトの名称及びシリーズ名を記入する。
- 6 「レセコンのソフトメーカー名」欄には、レセコンのソフトメーカー名又はプログラムの作成者の氏名を記入する。
- 7 「請求開始・変更年月」欄には、電子情報処理組織の使用による費用の請求を開始又は変更しようとするときに、当該診療（調剤）報酬の請求年月を記入する。
- 8 「パソコンの基本ソフト（O S）・ブラウザ」欄には、オンライン請求システムの送信機器の基本ソフト名及びブラウザ名を記入する。

《記載例》

O S：ウィンドウズ Vista ブラウザ：インターネットエクスプローラ 7

- 9 「オンライン請求システムに係る安全対策の規程（セキュリティ・ポリシー）」欄の有・無を○で囲む。
- 10 「電気通信回線」欄には、電気通信回線への接続方法が I P - V P N接続、ダイヤルアップ接続または、インターネット接続（IPsec+IKE）（IPsec（IETF(Internet Engineering Task Force)において標準とされた、IP(Internet Protocol)レベルの暗号化機能。認証や暗号のプロトコル、鍵交換のプロトコル、ヘッダー構造など複数のプロトコルの総称）と IKE（Internet Key Exchange；IPsec で用いるインターネット標準の鍵交換プロトコル）を組み合わせた接続）の別を○で囲む。
なお、ダイヤルアップ接続（I S D N）の場合は、専用電話番号、インターネット接続（IPsec と IKE を組み合わせた接続に限る。）の場合は、提供事業者名を記入する。
- 11 「確認試験の実施」欄の有・無を○で囲む。

【参考2】

請求データ削除 依頼書

記入例

留意事項

- ・請求データを削除する必要があり、本依頼書を送信する際は予め国保連合会へ御連絡ください。
- ・記載不備等あった場合は、再提出していただきます。

1. 医療機関（薬局）コード	99.1001.0	
2. 医療機関（薬局）名称	鹿児島県国民健康保険団体連合病院	
3. 削除対象データ	① 請求年月	令和 元 年 10 月請求
	② 請求方法	オンライン ・ 光ディ
	③ 点数表区分	医科 DPC ・ 歯科 ・ 調
	④ 送信日 ※	10 月 10 日
	⑤ 送信回 ※	2 回目
	⑥ 請求確定回 ※	1 回目
4. 削除依頼理由	送信データに誤りがあったため	

・データを送信した月を記載してください。

・連合会に送信済みのデータのうち、削除したい該当データは何回目に送信したもののなかを記載してください。

・削除を行いたいデータは何回目に確定を行ったデータなのかを記載してください。

※④～⑥についてオンライン請求の場合、画面に表示されているものを記載してください。
光ディスクでの請求の場合、④は送付日を記載し、⑤～⑥は記載不要です。

上記の請求データ削除を依頼いたします。

令和 元 年 10 月 10 日

印

医療機関（薬局）担当者名 国保 太郎

連絡先 (099) 123 - 1234

〒890-0064

鹿児島県鹿児島市鴨池新町7番4号

鹿児島県国民健康保険団体連合会 審査第二課第3係

TEL 099-206-1046 FAX 099-206-1085

※連合会使用欄

担当者			データ削除日	確定データ (ASP受付日時)	備考
連絡受付	削除	確認			

※ひとつの依頼書に対して削除できるデータはひとつになります。複数のデータを削除する場合はそれぞれ依頼書を提出してください。

3.請求に関することについて

<留意事項>

- ・レセプト等を窓口にて提出される場合は、受付受領票が必要になります。お持ちでない方は窓口で申し出ください。なお、受領票は、事前に提出される書類等の該当項目に○をつけてお越してください。
- ・患者が窓口で資格証明書を提出した場合は特別療養費扱いになります。

<よくある問い合わせ>

(1) 特別療養費の請求について

Q.過誤返戻分で、特別療養費として提出を求められたレセプトの提出方法はどうすればよいでしょうか。

A.連合会ホームページの「レセプト記載要領等における請求誤り事例」項番5を参照ください。

(参考1を参照ください—P.10へ)

【ホームページの参照先】

連合会ホームページ → 保険医療機関薬局の皆様へ → 総括票・請求書・明細書の請求方法 → 「レセプト記載要領等における請求誤り事例」

(2) 月途中で保険者変更があったレセプトの請求について

Q.月途中で保険者変更があったレセプトの請求はどうすればよいでしょうか。

A.保険者ごとにレセプトを作成してください。

例) 診療実日数5日間のうち、最初の2日間は国民健康保険の保険者、残り3日間は社会保険の保険者へと資格変更になった場合、国保の保険者番号で1枚(2日間の診療内容)、社保の保険者番号で1枚(3日間の診療内容)のレセプトを作成し、それぞれ国保連合会と支払基金にレセプトを提出してください。

(3) 介護老人保健施設入所者に係る診療料について

Q.介護老人保健施設入所者に係る診療報酬の請求について教えてください。

A.医科点数表の解釈p1120(H30.4月版)を御確認ください。また、請求の際は特記事項欄に「07 老併」または「08 老健」を記載してください。

特記事項 07 老併・・・介護老人保健施設入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関において算定した場合(なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載する)

特記事項 08 老健・・・介護老人保健施設入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関以外の保険医療機関において算定した場合(なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載する)

(4) 特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて

Q.特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて教えてください。

A.医科点数表の解釈 p 2317 (H30.4 月版) を御確認ください。また、請求の際は特記事項欄に「09 施」を記載してください。

特記事項 09 施・・・平成 18 年 3 月 31 日保医発第 0331002 号に規定する特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分できるように「摘要」欄に記載する）

*医療と介護の給付調整（H30.4 月版医科点数表の解釈 p 2294～別紙 1）の「3.入所中の患者」についても参考にしてください。

【参考1】

5.特別療養費の提出方法について

特別療養費(被保険者資格証明書)にかかる療養を取り扱った時の事務処理について、提出方法のお願いがございますので以下をご参照ください。

被保険者証明書を提出して受けた療養については、届書を翌月10日迄に国保連合会に提出します。その記載、取り扱いについては次の通りです。

① 届書様式

・診療報酬明細書等の様式

② 記載事項

・診療報酬明細書等の記載に当たっては、基本的に保険診療等の請求分と同様に記載しますが、診療報酬明細書等を①の届書として活用するために次の1)～3)より保険診療等の請求分と区別がつくようにします。

- 1) 明細書の上部余白に「**特別療養費**」と朱書します。
- 2) 保険者番号欄に保険者番号を記載します。
- 3) 被保険者番号の記号・番号の頭に「**資**」と記載します

The diagram shows a medical claim form with several sections. A red oval labeled '朱書' (written in red ink) points to the '特別療養費' (Special Medical Care Fee) label in the top right corner. A blue oval labeled '保険者番号' (Insured Person Number) points to the '保険者番号' (Insured Person Number) field in the top left. Another blue oval labeled '資' (Zi) points to the '資' (Zi) character in the '被保険者番号' (Insured Person Number) field, which is followed by '資・〇〇〇〇〇〇'.

診療報酬明細書(医師入力用)		平成 年 月 日 第 号		特別療養費	
診療科	診療内容	診療科	診療内容	保険者番号	被保険者番号
—	—	—	—	資	資・〇〇〇〇〇〇
公費①		公費②			
公費③		公費④			

③ 提出の仕方

・保険診療の請求分と区別するために別綴にします
※総括票、請求書は不要です。

④ 県外の保険者の資格証明書による療養を取り扱った場合

・療養取り扱い機関等の所在地の国保連合会に送付します。

⑤ 提出の後

・国保連合会で審査し、「審査の結果上記の通り確認しました」との確認通知書を送付(届書の提出月の翌月の末頃)します
・特別療養費については、税法上診療報酬の取り扱いを受けることになるため、この確認通知書は税法上の証明書となります。

4. レセプトの記載要領について

<留意事項>

- ・レセプトは、記載要領（点数表の解釈等に掲載されています。）に沿った記載をお願いします。

<よくある問い合わせ>

（１）第三者行為に係るレセプトの記載について

Q.第三者行為に遭われた方のレセプトの記載について教えてください。

A.第三者の不法行為（交通事故等）にて医療保険を利用し、診療を受けた方のレセプトは、特記事項欄に「10 第三」と記載する必要があります。この交通事故等には、自損事故の同乗者・喧嘩・犬咬み（他人の飼い犬に咬まれた等）・食中毒等も対象に含まれています。

また、「10 第三」と記載したレセプトの事故と直接の関係性がない診療内容に対しては「事故外」として、点数を摘要欄に記載してください。

なお、「事故外」の診療内容が無かった場合も「事故外 0 点」又は「事故外なし」と記載をお願いします。

（２）特定保険医療材料の請求に係るレセプトの記載について

Q.特定保険医療材料の請求について、レセプトの記載方法を教えてください。

A.材料は商品名及び告示の名称又は通知の名称、規格又はサイズ、材料価格及び使用本数又は個数の順で記載します。なお、告示の名称または通知の名称については（ ）書きをとなっています。

※詳しくは診療報酬請求書・明細書の記載要領を御参照ください。

（３）返戻再請求時の注意事項について

Q.返戻になったレセプトを再請求する際に注意する点がありますか。

A.
・給付割合が変更になった場合、併せて特記事項も御確認ください。

（給付割合で過誤返戻となった場合、保険者は給付割合の内容のみを過誤付せんに記載されるため、併せて変更になる特記事項（所得区分等）の訂正がないまま請求され、その結果、再返戻になるケースが散見されます。）

- ・レセプトを訂正する場合は、関連する箇所すべてを訂正ください。
（レセプト右欄、左欄、合計欄）
（関連箇所全てが訂正されていないため、再返戻になるケースが散見されます。）

(4) 麻薬加算算定時の注意事項について

Q.麻薬加算を算定する際に注意する点がありますか。

A.麻薬加算を算定する場合は、麻薬免許番号を「保険薬局の所在地及び名称」欄の下部に「麻：○○○○○○○○○○号」と記載する必要があります。

記載漏れ又は免許番号の有効期限が切れている場合は、返戻になりますので御留意下さい。

(5) 医療保険と公費 10（結核適正医療）の併用レセプトの記載について

Q.医療保険と公費 10（結核適正医療）の併用レセプトの記載について教えてください。

A.【参考 1】を参照ください。(P.14 へ)

(6) 自立支援医療・患者負担額記載について

Q.医療保険と公費 21（自立支援医療）の併用レセプトの記載について教えてください。

A.【参考 2】を参照ください。(P.15 へ)

(7) 自立支援医療（負担上限月額が設定されている患者の場合）の記載について

Q.医療保険と公費 21（自立支援医療・負担上限月額が設定されている患者の場合）の併用レセプトの記載について教えてください。

A.【参考 3】を参照ください。(P.16 へ)

(8) 自立支援医療の患者負担額について（高額療養費における高額長期疾病に該当する（マル長の）場合）

Q.医療保険と公費 15（自立支援医療、高額療養費における高額長期疾病に該当する場合）の併用レセプトの記載について教えてください。

A.【参考 4】を参照ください。(P.18 へ)

(9) 高額療養費における高額長期疾病に該当する患者（マル長該当患者）の請求について

Q.高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者のレセプトの記載について教えてください。

A.【参考 5】を参照ください。(P.20 へ)

(10) 保険種別・単併区分・本家区分・給付割合の記載について

Q.給付割合の「○」の表記がずれてしまいますが、問題ないでしょうか。

A.該当する区分を「○」で囲むことになっておりますが、表記がずれて「○」がどこにもかかっていない場合が多く見受けられます。

例) 給付割合 10 · 9
 8 ○ 7

判断ができませんので、必ずどの部分にかかるのかわかるように、「○」の表示をしていただきますようお願いいたします。

【参考1】

医療保険と公費10(結核適正医療)の併用レセプトの記載について

診療報酬明細書 (医科入院)										診療機関コード									
令和 年 月 分 46										1 1社・国 ③ 後期 1 単独 1 本入 ⑦ 高入一 医 科 2 公費 4 退職 3 三併 5 家入 9 高入7 保険者 番号 被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号									
公費負担者番号① 1:0										公費負担者の番号①									
公費負担者番号②										公費負担者の番号②									
区分 精神 結核 療養										特記事項 29 区エ									
氏名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 生										保険医療機関の所在地及び名称									
職務上の事由 1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害																			
傷病名 (1) (2) (3)										診療開始日 (1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日									
入院 90 入院基本料・加算 点										診療日数 日									
92 特定入院料 点										診療実日数 日									
公費負担金()書き 1,500点 × 2割 ≒ 3,000円										患者負担金額欄 公費負担金 + 保険単独分 3,000円 + 56,850円 = 59,850円									
請求 点 決定 点 負担金 円 (3,000) 59,850										生活 食 日 特別(生) 円 × 回 回									
公費① 点 決定 点 減額 割(円)免・支払額 円 57,600										食 日 特別(生) 円 × 回 回									
公費② 点 決定 点										食 日 特別(生) 円 × 回 回									

公費10の場合は、患者の窓口徴収額を記入します。

患者の窓口負担額について

公費10の患者負担額は、公費に係る費用の5%です。

よって、公費10に係る患者負担額は、1,500点 × 10円 × 5% ≒ 750円 となります。

(a) 公費に係る患者負担

保険単独分の負担金は

(30,000点 - 1,500点) × 2割 ≒ 57,000円

(b) 保険単独分2割負担

750円 + 57,000円 = 57,750円は、患者の限度額57,600円を超えています。

(a) (b)

患者が実際に窓口で支払う限度額は、公費の患者負担額を含めての患者の所得区分による限度額までなので、

57,600円 - 750円 = 56,850円

患者の限度額 (a) (c) 限度額残り

57,000円 > 56,850円なので、56,850円が保険単独分での負担となります。

(b) (c) 限度額残り

750円 + 56,850円 = 57,600円 (患者所得区分の限度額まで) が患者の窓口負担となります。

【参考2】

自立支援医療・患者負担額記載について

診療報酬明細書 (医科入院外)				都道府 県番号		医療機関コード		1 医 科		①社・国 2公 費		3 後期 4 退職		1 単独 ② 2併 3 三併		② 本外 4 三外 6 家外		8 高外9 0 高外7	
令和 年 月 分 46																			
公費負担 者番号①				21		公費負担 者の番号①													
公費負担 者番号②						公費負担 者の番号②													
氏 名				1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . . 生		特記事項				保険医 療機関									
傷 病 名				(1) (2) (3)															
療 養 の 給 付				請求 点 ※ 決定		2,152													
				減額 割(円) 免・支払額予		減額 割		支払予											
				公費 ①		点 ※		2,152											
				公費 ②		点 ※													
				※高額療養費		円		※公費負担点数		円		※公費負担点数		円					

患者からの徴収額は、
2,152点×10円×1割=2,150円ですが、レセ
プトには、10円未満の端数を四捨五入する前の金
額2,152と記載してください。

- 国保支払額 15,064円 $2,152\text{点} \times 10\text{円} \times 7\text{割}$
- 患者負担額 2,152円 $2,152\text{点} \times 10\text{円} \times 1\text{割} = 2,152\text{円}$
- 公費支払額 4,304円 $(2,152\text{点} \times 10\text{円} \times 3\text{割}) - \text{公費患者負担額}(2,152\text{円})$
6,456円

※自立支援医療費の自己負担は原則1割負担となっています。
公費に関わる患者負担額をレセプトに記載してください。

※所得区分に応じて、負担限度額が設定されている患者もいます。
その場合は、患者の提出する受給者証をご確認ください。

【参考3 (1/2)】

自立支援医療(負担上限月額が設定されている患者の場合)

※ 自己負担上限月額が2,500円の患者(複数の医療機関を受診した場合)

	請求点数	窓口徴収額	管理票		レセプト一部負担金記載
			自己負担額	その月の自己負担累積額	
A医院	2,987点	2,500円	2,500円	2,500円	2,500
B医院	563点	0円	0円		0

診療報酬明細書 (医科入院外)				府 県番	医療機関コード	1 医 科	①社・国 2公 費	3 後期 4 退職	1 単独 ② 2併 3 三併	② 本外 4 三外 6 家外	8 高外9 0 高外7
令和 年 月 分 46											
公費負担 者番号① 21 公費負担 者番号②						保険者 番号				10 9 8 7()	
						被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号					
氏 名 A医院・請求事例				特記事項		保険医 療機関 の所在 地及び 名 称				1割よりも自己負担月額が低いので、 上限までの2,500円の徴収となり、 2,500円を記載します。	
療 養 費 の 結 算 付		請 求 点	決 定 点	一部負担金							
		2,987									
				減額 割(円)免・支払額予		減額 割(円)免・支払額予					
						2,500					
						円		※高額療養費 円		※公費負担点数 円	
						円		※公費負担点数 円		※公費負担点数 円	

- 国保支払額 20,909円 $2,987\text{点} \times 10\text{円} \times 7\text{割}$
- 患者負担額 2,500円 $2,987\text{点} \times 10\text{円} \times 1\text{割} > \text{自己負担上限} 2,500\text{円} \cdots \text{上限までの徴収}$
- 公費支払額 6,461円 $(2,987\text{点} \times 10\text{円} \times 3\text{割}) - \text{公費患者負担額}(2,500\text{円})$

【参考3 (2/2)】

B医院・請求事例		請求点		※決定点		一部負担金	
療 費 の 給 付	保険	563					
	公費①					円	
	公費②					円	

他の医療機関等を受診し、すでに月額自己負担上限額まで達している、自己負担が発生しない場合は、レセプトに0と記載してください。

○ 国保支払額 3,941円 563点×10円×7割

○ 患者負担額 0円 ※月額上限に達しているため、この機関での徴収0円。

○ 公費支払額 1,689円 563点×10円×3割

負担上限月額が設定された患者については、管理票を交付されています。

医療機関の窓口において、提示された受給者証と管理票を確認し、その月の自己負担累積額が上限に達している場合は、その医療機関において自立支援医療における自己負担額は徴収しません。(B医院)

上記事例のB医院の請求の場合、レセプトに0の記載をお願いします。

【参考4 (1/2)】

自立支援医療の患者負担額について(高額療養費に おける高額長期疾病に該当する(マル長の)場合)

* 自己負担月額の設定のない患者の場合

診療報酬明細書 (医科入院外)				都道府 県番号	医療機関コード	1 医科	①社・国 2公費	3 後期 4 退職	1 単独 ② 2併 3 三併	② 本外 4 三外 6 家外	8 高外9 0 高外7
令和 年 月 分 46											
公費負担 者番号① 15 公費負担 者番号②						保険者 番号		被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号		10 9 8 7 ()	
氏名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . . 生				特記事項 02長		保険医 療機関 の所在 地及び 名称					
傷病名 (1) (2) (3)				診療開始日 (1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日		診療 日 記		診療 実 日 数		保険 公費① 公費②	
療養の給付 請求 15,216 点 ※ 決定 点				一部負担金		レセプトには10,000円と記載します。					
減額 割(円)免・支払額予 減額 割(円)免・支払額予				10,000 円		※高額療養費 円 ※公費負担点数 円 ※公費負担点数 円					

障害者自立支援医療とマル長の患者の場合、
 患者の公費に関する負担は原則1割となりますが、(自己負担上限月額が設定されている患者を除く)
 長の場合は、一月の患者負担は10,000円までなので、上記の事例での患者負担は1割でなく、10,000円となります。

【参考4 (2/2)】

* 自己負担月額の設定がある患者の場合

氏名	○ 自己負担月額5,000円の場合		特記事項 02長	保険医療機関の所在地及び名称
	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 生			
療養の給付	保険請求	点 ※ 決定	一部負担金	円
	15,216		減額 割(円)免・支払猶予	円
	公費①	点 ※	減額 割(円)免・支払猶予	円
公費②			5,000	円
				※高額療養費 円 ※公費負担点数 円 ※公費負担点数 円

自己負担月額の5,000円が一番低いので患者負担は5,000円となります。

また、自己負担上限月額が設定されている患者の場合は、

①その月の自立支援医療にかかる医療費の1割相当 ②長の自己負担10,000円 ③自己負担月額を比較し、いずれか一番低い額が患者の自己負担となります。

上記事例の場合は、

①15,216 > ②10,000 > ③5,000 よって、自己負担月額の5,000円までとなります。

【参考5 (1/2)】

高額療養費における高額長期疾病に該当する患者(マル長該当患者)の請求について

診療報酬明細書 (医科入院)										診療機関コード									
令和 年 月 分 46										1 ①社・国 3 後期 ① 単独 ① 本入 7 高入9 医 科 2 公費 4 退職 3 三併 5 家入 9 高入7									
公費負担者番号①										保険者番号									
公費負担者番号②										被保険者証・被保険者									
公費負担医療の番号①										手帳等の記号・番号									
公費負担医療の番号②																			
区分 精神 結核 療養										特記事項									
氏名										02長									
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . . 生										保険医療機関の所在地及び名称									
職務上の事由 1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害																			
人工透析を要する一般所得者と血友病などの患者の場合										診療実日数									
名										日									
										日									
										日									
										× 回									
										× 回									
										・ II ・ 3 月 報									
療養の給付										療養の給付									
請求点 8,240										決定点 10,000									
公費①										公費①									
公費②										公費②									

国保・退職の一般の場合は、患者負担額10,000円の記載は必要ありません。

高額長期疾病に係わる特定疾病療養受療証を提出した患者で、患者の負担額が10,000円を超える場合は、特記事項欄に 02長 を記載してください。

【参考5 (2/2)】

患者負担額が10,000円に満たなかった場合										コード		1 医科	①社・国 2 公費	3 後期 4 退職	① 単独 2 2併 3 三併	① 本入 3 三入 5 家入	7 高入 9 高入	
										保険者								10 9 8 7 ()
省番号②										市区町村番号②		診療科目		特記事項		保険医療機関の所在地		
氏名										02長								
職務上の事由										1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害								
傷病名																		
患者負担																		
1,500点×3割=4,500円																		
10,000円に満たないので表示は不要です。																		
療養の給付										請求点		決定点		負担金額		円		
1,500																		
減額率(円)免・支払額予																		
食事・生活療養										請求点		決定点		円		円		
公費①																		
公費②																		

患者負担額が10,000円に満たなかった場合は、
特定疾病療養受療証を提示していても、特記事項欄への02長の記載は必要ありません。

5.施設基準に関する届出について

＜留意事項＞

- ・提出されている施設基準の届出を基にレセプトの審査をしております。届出が提出されていないと算定が認められない加算等もありますので御注意ください。

＜よくある問い合わせ＞

(1) 施設基準の届出の提出について

Q.施設基準の届出は診療報酬改定毎に提出する必要があるのでしょうか。

- A.施設基準毎で異なります。診療報酬改定に伴い、新たに施設基準が定められるものの他に、毎年届出を提出することで定められる施設基準もございます。詳細につきましては、厚生労働省ホームページにて事務連絡が随時掲載されますので、御確認ください。

Q.施設基準の届出に使う様式と提出先を教えてください。

- A.地方厚生（支）局へ施設基準の届出様式と施設基準に付随する添付書類を合わせて提出してください。届出書の様式と添付書類一覧は地方厚生（支）局ホームページに掲載されております。

(2) 酸素加算に関する届出について

Q.酸素の購入単価（酸素加算）の届出は毎年提出する必要があるのでしょうか。

- A.酸素加算は前年度の実績に応じて変動するため、算定する保険医療機関は毎年2月15日までに地方厚生（支）局へ届出を提出する必要があります。詳細につきましては、地方厚生（支）局へお問い合わせください。

6.過誤に関する通知書について

＜留意事項＞

- ・診療報酬支払額決定通知書と過誤調整結果通知書は、保険医療機関（保険調剤薬局機関）で保管していただく書類になります。そのため、再請求分のレセプトに添付する必要はございませんので御注意ください。

＜よくある問い合わせ＞

（１）診療報酬支払額決定通知書等の過誤額について

Q.毎月、診療報酬支払額決定通知書と、過誤調整結果通知書が送られてくるのですが、過誤や再審査の合わせ方が分かりません。

A.国保は【参考１】、後期は【参考２】を参照ください。（参考１—P.24、参考２—P.26 へ）

【参考1（1／2）】

●診療報酬支払額決定通知書（A）における国保の過誤額（下記赤枠内）

1.国民健康保険過誤調整結果通知書の過誤分（B）と再審査分（C）を参照する。

（下記、緑の枠で区分を確認）

2.通知書内の過誤額（Aの赤枠）は、過誤と再審査の合計になっているので、B、Cそれぞれの青枠の合計（保険者負担分、高額療養費、他公費負担分の合計）が、赤枠の過誤額と合うか確認する。

例)

Bの対象額（区分：過誤） ①+②+③＝－14,200・・・ア

Cの対象額（区分：再審査） ④+⑤+⑥＝－8,400・・・イ

ア＋イ＝－22,600（円）⇒診療報酬支払額決定通知書の過誤額（Aの赤枠）

A

令和 1 年 6 月分 診療報酬支払額決定通知書

※診療報酬（調剤報酬）を、下記のとおりお振込みいたしますので、ご通知します。

また、この通知書は、所管国庫等の用に必要となりますので、大切に保管してください。

鹿児島県国民健康保険団体連合会

法制	件数	点数	食事・生活療養費		
			回数	基準額（円）	標準負担額（円）
一般	1,000	1,500,000	0	0	0
退職	0	0	0	0	0
老人	0	0	0	0	0
後期	1,500	1,500,000	0	0	0
合計	2,500	3,000,000	0	0	0

区 分	算 定 額（円）
一 般	10,000,000
一 般 高 額	500,000
退 職	0
退 職 高 額	0
老 人	0
老 人 高 額	0
公 費	200,000
指 定 公 費	0
計	10,700,000

区 分	算 定 額（円）
後 期 高 齢	13,000,000
後期高齢高額	10,000
後期高齢公費	40,000
計	13,050,000

金融機関
●●●●：国保銀行
●●●：鹿児島支店

振 込 日
令和1年8月20日

振込総額（円）
23,700,883

ひとり親 事務手数料（円）
0

特定医療 事務手数料（円）
0

出産育児 一時金（円）
0

乳幼児 事務手数料（円）
0

過 誤 額（円）	-22,600
確 定 額（円）	10,677,400

後期過誤額（円）	-26,517
後期確定額（円）	13,023,483

【参考1 (2/2)】

様式1-3

B

医療機関コード 461 ●●●●●●●●		医療機関名 国保クリニック		区分 過誤		国民健康保険過誤調整結果通知書 令和1年 7月請求分																		令和1年8月〇日作成 1/2 頁		
保険者番号	レセプト全国共通キー	初診調整番号	患者番号	初診調整氏名	診療年次	コード	事由	保険	請求	調整	高	療	費	種	別	日数	点数	費用額 (基準額)	保険者負担 分	高額療養費	一部負担金 調整後負担分	他公費負担分 国保調整	公費 法別	備考		
46 ●●●●● 口口市	●●●●●●●●●● ●●●●●●●●●●	●●●●●●●●●●	0000 ●●●●●●●●	国保 花子 女 昭37	8104	201	201108	1	0	2	70			医		0	-1	-1	-600	-6,000	-4,200		-1,800			
46 ●●●●● △△市	●●●●●●●●●● ●●●●●●●●●●	●●●●●●●●●●	0000 ●●●●●●●●	国保 太郎 男 平30	8104	201	201108	1	0	6	70			医		0	-1	-1	-1,000	-10,000	-7,000		-3,000	80		
合計																-2	-2	-1,600	-16,000	① -11,200	② 0	③ -3,000				

C

様式1-3

医療機関コード 461 ●●●●●●●●		医療機関名 国保クリニック		区分 再審査		国民健康保険過誤調整結果通知書 令和1年 7月請求分																		令和1年8月〇日作成 1/2 頁	
保険者番号	レセプト全国共通キー	初診調整番号	患者番号	初診調整氏名	診療年次	コード	事由	保険	請求	調整	高	療	費	種	別	日数	点数	費用額 (基準額)	保険者負担 分	高額療養費	一部負担金 調整後負担分	他公費負担分 国保調整	公費 法別	備考	
46 ●●●●● ◇◇市	●●●●●●●●●● ●●●●●●●●●●	●●●●●●●●●●	0000 ●●●●●●●●	国保 良子 女 昭40	8104	201	201108	1	0	2	70			医		0	0	-300	-3,000	-2,100		-300			
46 ●●●●● ■■市	●●●●●●●●●● ●●●●●●●●●●	●●●●●●●●●●	0000 ●●●●●●●●	国保 次郎 男 昭45	8104	201	201108	1	0	2	70			医		0	0	-400	-4,000	-2,800		-1,200			
46 ●●●●● ■■市	●●●●●●●●●● ●●●●●●●●●●	●●●●●●●●●●	0000 ●●●●●●●●	国保 三郎 男 昭55	8104	201	201108	1	0	2	70			医		0	0	-500	-5,000	-3,500		-1,500			
合計																	-1,200	-12,000	④ -8,400	⑤ 0	⑥ 0				

【参考2（1／2）】

●診療報酬支払額決定通知書（A）における後期の過誤額について（下記赤枠内）

1.後期高齢者過誤調整結果通知書の、過誤分（B）と再審査分（C）を参照する。

（下記、緑の枠で区分を確認）

2.通知書内の過誤額（Aの赤枠）は、過誤と再審査の合計になっているので、B、Cそれぞれ青枠の合計（保険者負担分、高額療養費、他公費負担分の合計）が、赤枠の後期過誤額と合うか確認する。

<Cの最下段（紫枠）は、BとCの合計額になっている>

例)

Bの対象額（区分：過誤） ①+②+③＝－17,217・・・ア

Cの対象額（区分：再審査） ④+⑤+⑥＝－9,300・・・イ

ア＋イ＝－26,517（円）⇒診療報酬支払額決定通知書の後期過誤額（Aの赤枠）

A

令和 1 年 8 月分 診療報酬支払額決定通知書

*診療報酬（調剤報酬）を、下記のとおりお振込みいたしますので、ご通知します。

また、この通知書は、所管報告書の添付に必要となりますので、大切に保管してください。

鹿児島県国民健康保険団体連合会

法制	件数	点数	回数	食事・生活療養費 基準額（円）	標準負担額（円）
一般	1,000	1,500,000	0	0	0
退院	0	0	0	0	0
老人	0	0	0	0	0
後期	1,500	1,500,000	0	0	0
合計	2,500	3,000,000	0	0	0

区 分	算 定 額（円）
一 般	10,000,000
一 般 高 額	500,000
退 院	0
退 院 高 額	0
老 人	0
老 人 高 額	0
公 費	200,000
指 定 公 費	0
計	10,700,000
過 誤 額（円）	-22,600
確 定 額（円）	10,677,400

区 分	算 定 額（円）
後 期 高 齢	13,000,000
後期高齢高額	10,000
後期高齢公費	40,000
計	13,050,000

後期過誤額（円）	-26,517
後期確定額（円）	13,023,483

金融機関
●●●●：国保銀行
●●●●：鹿児島支店
振 込 日
令和1年8月20日
振込総額（円）
23,700,883
ひとり親 事務手数料（円）
0
特定調剤 事務手数料（円）
0
出産育児 一時金（円）
0
乳幼児 事務手数料（円）
0

B

医療機関コード	医療機関名
451 ●●●● ●●●●	国保クリニック

区分
週誤

後期高齢者過誤調整結果通知書(医療機関用)

鹿児島県国民健康保険

令和1年7月請求分(6月診療分)

[illegible]

C

医療機関コード	医療機関名
461 ●●●●●● ●●	国保クリニック

再審

後期高齢者過誤調整結果通知書(医療機関用)

鹿児島県国民健康保険団体連合会

令和1年7月請求分(6月診療分)

保険者番号 保険者名	レセプト管理番号 被保険者番号	明細番号1 明細番号2	氏名 姓 名 生年月日	性別	年齢	住所 市町村	診療科 科	病名 病名	治療 治療	件数	日数 (回数)	点数	費用額 (基準額)	保険者負担分	高額療養費	一部負担金額	低減負担分	公費負担率	備考
																		1 2 3	
▲▲市 3946●●●●●	●●●●●●●●●●	●●●●●●●●●●	国保 五郎	男	70	市	内科	糖尿病	薬	1	1	-100	-1,000	-900	-100				
■■市 3946●●●●●	●●●●●●●●●●	●●●●●●●●●●	国保 梅子	女	70	市	内科	糖尿病	薬	1	1	-200	-2,000	-1,800	-200				
▲▲市 3946●●●●●	●●●●●●●●●●	●●●●●●●●●●	国保 六朗	男	70	市	内科	糖尿病	薬	1	1	-300	-3,000	-2,700		-300			
●●町 3946●●●●●	●●●●●●●●●●	●●●●●●●●●●	国保 松子	女	70	市	内科	糖尿病	薬	1	1	-400	-4,000	-3,600		-400			
												-2	-4	-2,913	-29,130	-26,217	-300	-2,613	
注：Cの最下段は、Bの該当額を含めた合計になっている。(青枠合計)																			

注：C の最下段は、B の該当額を含めた合計になっている。(青枠合計)

7.その他

<よくある問い合わせ>

(1) レセプト等の問い合わせ先について

Q. レセプト・乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成の個票・特定健診等の提出先は異なるのでしょうか。問い合わせ先を教えてください。

A.請求内容によって、担当係が異なります。また、医科、調剤、訪問看護ステーションは、所在地によっても担当を分けておりますので、参考を参照ください。(参考1を参照ください—P.29、30へ)

(2) 請求書の販売について

Q.レセプトを再請求したいのですが、請求書は販売していますか。

A.本会では販売しておりません。
県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会にて販売しています。

【参考1 (1/2)】

平成31年4月受付現在

担当		医 科	調 剤	訪問看護ステーション	電話番号
課	係				
一課	一係	・ 高 点 分 (8万点以上)			099-206-1041
	二係		・ 鹿児島市以外		099-206-1042
二課	一係	・ 鹿児島市 (01,1687,5 ~ 01,2432,5) ・ 06阿久根市 ・ 16日置市 ・ 31熊毛郡 ・ 32大島郡 ・ 42奄美市 ・ 43南九州市 ・ 44伊佐市 ・ 60県立		・ 01鹿児島市 (01.9001.0~01.9047.3) ・ 06阿久根市 ・ 16日置市 ・ 31熊毛郡 ・ 32大島郡 ・ 42奄美市 ・ 43南九州市 ・ 44伊佐市	099-206-1044
	二係	・ 鹿児島市 (01,2433,3 ~) ・ 04枕崎市 ・ 08出水市 ・ 13西之表市 ・ 15薩摩川内市 ・ 17曾於市 ・ 18いちき串木野市 ・ 25薩摩郡 ・ 29曾於郡 ・ 30肝属郡 ・ 80国立		・ 01鹿児島市 (01.9048.1~01.9083.8) ・ 04枕崎市 ・ 08出水市 ・ 13西之表市 ・ 15薩摩川内市 ・ 17曾於市 ・ 18いちき串木野市 ・ 25薩摩郡 ・ 29曾於郡 ・ 30肝属郡	099-206-1045
	三係	・ 鹿児島市 (01,1036,5 ~ 01,1681,8) ・ 03鹿屋市 ・ 10指宿市 ・ 14垂水市 ・ 19霧島市 ・ 21鹿児島郡 ・ 26出水郡 ・ 28姶良郡 ・ 40南さつま市 ・ 41志布志市 ・ 45姶良市		・ 01鹿児島市 (01.9085.3~ ・ 03鹿屋市 ・ 10指宿市 ・ 14垂水市 ・ 19霧島市 ・ 21鹿児島郡 ・ 26出水郡 ・ 28姶良郡 ・ 40南さつま市 ・ 41志布志市 ・ 45姶良市	099-206-1046
一課	歯科係	・ 歯 科	・ 鹿児島市		099-206-1039

【参考1（2／2）】

担当課	担当係	請求内容	電話番号
審査管理課	審査管理係	・ 特別療養費	099-206-1037
	調整係	・ 出産育児一時金 ・ 風しん追加的対策に係る請求	099-206-1038
	療養費係	・ 柔道整復施術療養費支給申請 ・ 乳幼児医療費助成事業 ・ ひとり親家庭等医療費助成事業 (龍庫川内市及びさつま町の機関のみ) ・ あはき療養費	099-206-1086
介護保険課	介護保険係	・ 介護給付費明細書 ・ 障害介護給付費等明細書	099-206-1084 099-206-1090
保険者支援課	保健事業係	・ 特定健診・特定保健指導等請求データ等 ・ 特定健診情報提供票	099-206-1033

8.乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成事業関係について

(1) 乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成の請求方法について

Q.媒体での請求時において、支払明細個票送付書は必要でしょうか。

A.媒体・個票問わず、必ず支払明細個票送付書を添付してください。(参考1を参照ください—P.33へ)

【ホームページの参照先】

連合会ホームページ → 保険医療機関薬局の皆様へ → 乳幼児医療助成事業関係

(2) 乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成の月遅れ分の請求方法について

Q.乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成で月遅れ分を請求する際はどのように編綴するのでしょうか。

A.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)と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。(参考2を参照ください—P.35へ)

【ホームページの参照先】

連合会ホームページ → 保険医療機関薬局の皆様へ → 乳幼児医療助成事業関係

(3) 電子媒体(CD-R)への記載について

Q.CDのレーベル面への記載事項等を教えてください。

A.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。記載方法は連合会ホームページの「乳幼児医療助成事業関係」を御覧ください。(参考1を参照ください—P.33へ)

【ホームページの参照先】

連合会ホームページ → 保険医療機関薬局の皆様へ → 乳幼児医療助成事業関係

(4) 乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成の紙媒体から電子媒体への変更について

Q.乳幼児医療等の紙媒体から電子媒体へ変更する場合、届け出の様式はありますか。

A.様式・届け出等は、必要ありません。

(5) 自動償還システムの入手方法について

Q.紙媒体から電子媒体の提出へ変更したいのですがどうすればよいのでしょうか。

A.連合会ホームページから無償の自動償還システムをダウンロードすることができます。

【ホームページの参照先】

連合会ホームページ → 保険医療機関薬局の皆様へ → 乳幼児医療助成事業関係

(6) 提出済の乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成の個票またはデータに誤りがあった場合について

Q.提出済の個票またはデータに誤りがあった場合、どのようにすればよいでしょうか。
(①当月分 ②前月以前に提出した分について)

A.

- ①連合会ホームページに乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成の取下げ依頼書がありますので、それぞれダウンロードし記載の上、月半ばまでに国保連合会へ郵送してください。
- ②連合会ホームページに乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成の「自己負担額差額発生報告書」、「報告内容変更報告書」がありますので、それぞれダウンロードし記載の上、該当保険者へ郵送してください。

【ホームページの参照先】

取下げ依頼（乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成）

連合会ホームページ → 保険医療機関薬局の皆様へ → 乳幼児医療助成事業関係・ひとり親家庭等医療費助成事業関係

自己負担額差額発生報告書、報告内容変更報告書（乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成）

連合会ホームページ → 保険医療機関薬局の皆様へ → 乳幼児医療助成事業関係・ひとり親家庭等医療費助成事業関係 → 様式集

(7) 乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成の提出締切日について

Q.乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成の提出締切日を教えてください。

A.毎月 10 日までとなります。郵便・宅配便等についても同様に締切は 10 日到着分までとなります。
(参考 3 を参照ください—P.41 へ)

【ホームページの参照先】

連合会ホームページ → 保険医療機関薬局の皆様へ → 受付締切日・郵送先・担当係一覧表・支払日

(8) レセプト等の問い合わせ先について

Q. レセプト・乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成の個票・特定健診等の提出先は異なるのでしょうか。問い合わせ先を教えてください。

A.請求内容によって、担当係が異なります。また、医科、調剤、訪問看護ステーションは、所在地によっても担当を分けておりますので、参考を参照ください。(7.その他の参考 1 を参照ください—P.29、30 へ)

【参考1（1／2）】

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個票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

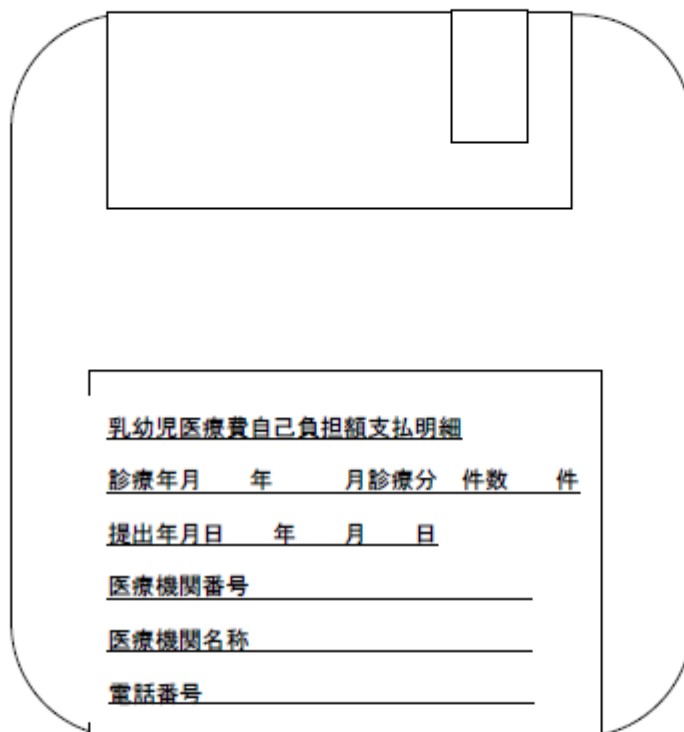


【参考1（2／2）】

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. 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。

【参考2（1／6）】

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

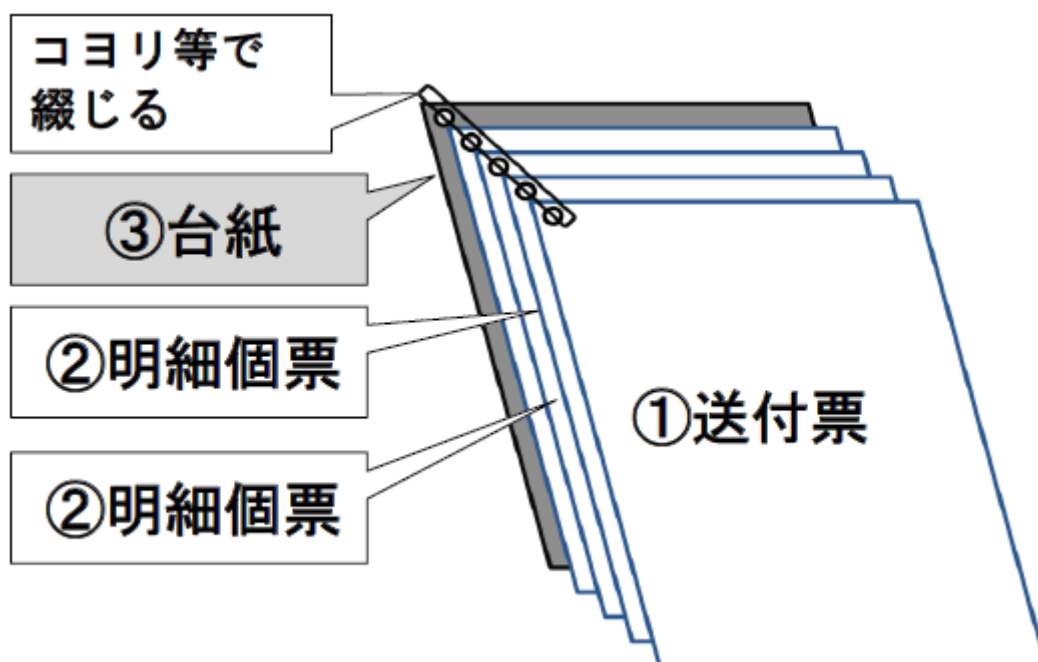
①送付票 1枚

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。

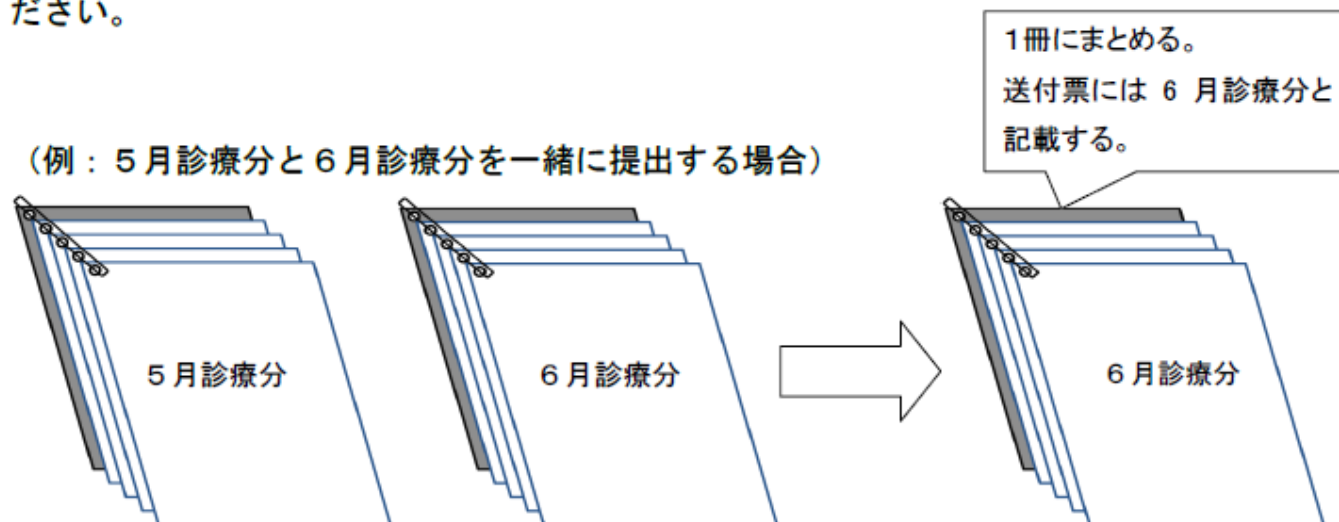


【参考2（2／6）】

※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。）

【参考2（3／6）】

(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

② 鹿児島県国民健康保険団体連合会 殿

医療機関番号(10桁)									
県区分	市町村区分	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

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・入院外費は、入院は1、入院外は2に○をする。
⑤保険負担割合は、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 理学療法科	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。

【参考2（4／6）】

(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、どこの機関が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。

【参考2（5／6）】

医療機関 → 市町村
(別紙3)

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

様式11号
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 市区町村 機関番号(6桁) CD

下記のとおりに報告する。

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 日	入院 号 年 月 日	実診療年月 号 年 月 日	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			H	1. 入院	H							
2. 社保			R	2. 入院外	R							
国保			H	1. 入院	H							
社保			R	2. 入院外	R							
1. 国保			H	1. 入院	H							
2. 社保			R	2. 入院外	R							
1. 国保			H	1. 入院	H							
2. 社保			R	2. 入院外	R							
1. 国保			H	1. 入院	H							
2. 社保			R	2. 入院外	R							
1. 国保			H	1. 入院	H							
2. 社保			R	2. 入院外	R							
1. 国保			H	1. 入院	H							
2. 社保			R	2. 入院外	R							
1. 国保			H	1. 入院	H							
2. 社保			R	2. 入院外	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、市町村へ報告する帳票
・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入院区分欄は、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。
- ⑩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。

【参考2（6／6）】

医療機関 → 市町村

(別紙4)

乳幼児医療費報告内容変更報告書(医療機関用)

様式12号

(No.)

市(町村)長

医療機関番号を記載

報告日を記載

下記のとおり報告する。

令和 年 月 日

医療機関所在地・名称・開設者氏名・電話番号を記載

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	点検区分	機関番号(6桁)						CD	

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 号 年 月	報告項目	報告内容			
1. 国保 2. 社保 国保			H R H					
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		
1. 国保 2. 社保			H R H					
1. 国保 2. 社保			H R H					
1. 国保 2. 社保			H R H					
1. 国保 2. 社保			H R H					
1. 国保 2. 社保			H R H					
1. 国保 2. 社保			H R H					
1. 国保 2. 社保			H R H					

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。)

- 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、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「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。

【参考3（1／2）】

平成31年度 柔道整復施術療養費支給申請書・あはき療養費支給申請書及び乳幼児医療費・ひとり親家庭等医療費自己負担額支払明細個票受付締切・支払予定日

請求年月	受付締切日	支払予定日	備考
平成31年4月	10日（水）	5月30日（木）	
平成31年5月	10日（金）	6月27日（木）	
平成31年6月	10日（月）	7月30日（火）	
平成31年7月	10日（水）	8月29日（木）	
平成31年8月	10日（土）	9月27日（金）	
平成31年9月	10日（火）	10月30日（水）	
平成31年10月	10日（木）	11月28日（木）	
平成31年11月	10日（日）	12月27日（金）	※9日（土）閉所
平成31年12月	10日（火）	1月30日（木）	
平成32年1月	10日（金）	2月27日（木）	
平成32年2月	10日（月）	3月30日（月）	
平成32年3月	10日（火）	4月28日（火）	

※あはき…はりきゅう及びあん摩・マッサージ・指圧に係る療養費（平成30年4月1日から取扱開始）
 ◇あはき療養費の支払は国民健康保険分のみで、後期高齢者医療分については今まで同様後期高齢者医療広域連合からの振込になります。

乳幼児・ひとり親家庭等医療費助成 事業報告事務手数料支払予定日	平成32年4月28日（火）
------------------------------------	---------------

※ 改元後は、新元号の元年と読み替え願います。

※ 受付締切日：毎月10日（土曜、日曜、祝日の場合も受付業務を行います。）

※ 受付時間：午前8時30分から午後5時まで

【参考3（2／2）】

※ 診療報酬請求書等送付時（郵便・宅配便）のお願い

◇誤発送がないように送付先は、必ずご確認ください。

送付先 〒890-0064
鹿児島市鴨池新町7番4号
（鹿児島県市町村自治会館内）

鹿児島県国民健康保険団体連合会

審査管理課療養費係

◇送付方法について

・個人情報保護と事故防止のために、授受が明確となる（配達記録が残る）方法での送付にご協力ください。

◇送付書の添付について

・乳幼児医療費・ひとり親家庭等自己負担額支払明細個票を提出される際は、件数を記載した送付票と併せて媒体種類（FD、CD、紙）を記載した送付書の添付をお願いします。