

保険番号マスタ (宮城県04)

| 番号     | 設定項目名         | 制度名 | 乳幼児(新)  |         |         |         |         |         |         |          | 障害者      | 母子・父子家庭  | 仙台市      |         |         |         | 利府町     |         | 乳幼児(旧)  |        |        |
|--------|---------------|-----|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|----------|----------|----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|--------|
|        |               |     | 183     | 383     | 483     | 583     | 683     | 783     | 283     | 199      |          |          | 299      | 141     | 241     | 子ども     |         | 子ども     |         | 143    | 243    |
| 1      | 保険番号          |     | 183     | 383     | 483     | 583     | 683     | 783     | 283     | 199      | 299      | 141      | 241      | 263     | 363     | 463     | 563     | 663     | 763     | 143    | 243    |
| 2      | 法別番号          |     | 83      | 83      | 83      | 83      | 83      | 83      | 83      | 99       | 99       | 41       | 41       | 83      | 83      | 83      | 83      | 83      | 83      | 43     | 43     |
| 3      | 短縮制度名         |     | 乳食負有    | 乳食負無    | 乳外組国    | 限乳食有    | 限乳食無    | 限乳組国    | 乳児償還    | 障害償還     | 母子償還     | 老人1割     | 老人2割     | 子就前     | 子就前組    | 子ども     | 子国組     | 利府子     | 利府子国組   | 乳児社市   | 乳児組合   |
| 4      | 保険公費種別区分      |     | 7       | 7       | 7       | 7       | 7       | 7       | 7       | 7        | 7        | 7        | 7        | 7       | 7       | 7       | 7       | 7       | 7       | 7      | 7      |
| 5      | 法別番号チェック区分    |     | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0        | 0        | 0        | 0        | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0      | 0      |
| 6      | 検証番号チェック区分    |     | 2       | 2       | 2       | 2       | 2       | 2       | 2       | 2        | 2        | 2        | 2        | 2       | 2       | 2       | 2       | 2       | 2       | 2      | 2      |
| 7      | 受給者検証番号チェック区分 |     | 2       | 2       | 2       | 2       | 2       | 2       | 2       | 2        | 2        | 2        | 2        | 2       | 2       | 2       | 2       | 2       | 2       | 2      | 2      |
| 8      | 公費主保区分        |     | 3       | 3       | 3       | 3       | 3       | 3       | 3       | 3        | 3        | 3        | 3        | 3       | 3       | 3       | 3       | 3       | 3       | 3      | 3      |
| 9      | 年齢(開始-終了)     |     | 0 -- 18 | 0 -- 18 | 0 -- 18 | 0 -- 18 | 0 -- 18 | 0 -- 18 | 0 -- 18 | 0 -- 999 | 0 -- 999 | 60 -- 69 | 60 -- 69 | 3 -- 15 | 3 -- 15 | 6 -- 18 | 6 -- 18 | 6 -- 18 | 6 -- 18 | 0 -- 6 | 0 -- 6 |
| 10     | 点数単価          |     | 10      | 10      | 10      | 10      | 10      | 10      | 10      | 10       | 10       | 10       | 10       | 10      | 10      | 10      | 10      | 10      | 10      | 10     | 10     |
| 11     | レセプト負担金額      |     | 1       | 1       | 1       | 1       | 1       | 1       | 1       | 1        | 1        | 2        | 2        | 1       | 1       | 1       | 1       | 1       | 1       | 1      | 1      |
| 12     | レセプト請求(印刷)    |     | 2       | 2       | 3       | 2       | 2       | 3       | 3       | 3        | 3        | 0        | 0        | 2       | 3       | 2       | 3       | 2       | 3       | 2      | 3      |
| 13     | レセプト記載        |     | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0        | 0        | 0        | 0        | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0      | 0      |
| ※ 所得情報 |               |     |         |         |         |         |         |         |         |          |          |          |          |         |         |         |         |         |         |        |        |
| 14     | 外来負担区分        |     | 2       | 2       | 2       | 2       | 2       | 2       | 3       | 3        | 3        | 1        | 1        | 1       | 1       | 1       | 1       | 1       | 1       | 2      | 2      |
| 15     | 1回負担割合        |     | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 100     | 100      | 100      | 10       | 20       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0      | 0      |
| 16     | 1回固定額         |     | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0        | 0        | 0        | 0        | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0      | 0      |
| 17     | 1回上限額         |     | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0        | 0        | 0        | 0        | 0       | 0       | 0       | 0       | 500     | 500     | 0      | 0      |
| 18     | 1日上限額         |     | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0        | 0        | 0        | 0        | 500     | 500     | 500     | 500     | 0       | 0       | 0      | 0      |
| 19     | 1日上限回数        |     | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0        | 0        | 0        | 0        | 0       | 0       | 0       | 0       | 1       | 1       | 0      | 0      |
| 20     | 1月院内上限額       |     | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0        | 8000     | 8000     | 0        | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0      | 0      |
| 21     | 1月院外上限額       |     | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0        | 0        | 0        | 0        | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0      | 0      |
| 22     | 1月上限回数        |     | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0        | 0        | 0        | 0        | 0       | 0       | 0       | 0       | 1       | 1       | 0      | 0      |
| 23     | 薬剤負担          |     | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0        | 0        | 0        | 0        | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0      | 0      |
| 24     | 入院負担区分        |     | 2       | 2       | 2       | 2       | 2       | 3       | 3       | 3        | 3        | 1        | 1        | 2       | 2       | 1       | 1       | 1       | 1       | 2      | 2      |
| 25     | 1回負担割合        |     | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 100     | 100      | 100      | 10       | 20       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0      | 0      |
| 26     | 1回固定額         |     | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0        | 0        | 0        | 0        | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0      | 0      |
| 27     | 1回上限額         |     | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0        | 0        | 0        | 0        | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0      | 0      |
| 28     | 1日上限額         |     | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0        | 0        | 0        | 0        | 0       | 0       | 500     | 500     | 500     | 500     | 0      | 0      |
| 29     | 1日上限回数        |     | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0        | 0        | 0        | 0        | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0      | 0      |
| 30     | 1月上限額         |     | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0        | 40200    | 40200    | 0        | 0       | 0       | 0       | 0       | 5000    | 5000    | 0      | 0      |
| 31     | 1月上限回数        |     | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0        | 0        | 0        | 0        | 0       | 0       | 10      | 10      | 0       | 0       | 0      | 0      |
| 32     | 1日食事助成額       |     | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0        | 0        | 0        | 0        | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0      | 0      |
| 33     | 食事療養費         |     | 1       | 3       | 1       | 1       | 3       | 1       | 0       | 0        | 0        | 1        | 1        | 1       | 1       | 1       | 1       | 1       | 1       | 1      | 1      |

(注) 乳幼児医療費(新)

平成17年10月から次の運用制度に改正されましたので留意願います

【乳食負有】： 社保および市町村国保、一部の国保組合(県建設業、全国土木建築、県医師、県歯科医師)の患者に適用して下さい(入院時の食事療養費の自己負担有りの受給者証保持者)  
 社保は専用の「連記式請求書」に集計し総括表を添えての請求となります。 国保はレセプトでの請求です。

【乳食負無】： 社保および市町村国保、一部の国保組合(県建設業、全国土木建築、県医師、県歯科医師)の患者に適用して下さい(入院時の食事療養費の自己負担無しの受給者証保持者)  
 社保は専用の「連記式請求書」に集計し総括表を添えての請求となります。 国保はレセプトでの請求です。

【注1】 負担者番号「83040170」(川崎町)、「83040287」(富谷町)の市町村は食事療養費は「半額助成」です。

【注2】 一部市町村では「入院のみ助成対象」も有る為、窓口で受給者証の確認が必要です。

【乳児償還】： 一部の国保組合(県医師、県歯科医師) および国保資格証明書交付患者、県外受給者に適用して下さい。

窓口では一部負担金を徴収して下さい。 該当受診者リストが必要な医療機関では「償還払一覧表」PGを組み込んで下さい)

【乳外組国】： 一部の国保組合(県建設業、全国土木建築、県医師、県歯科医師を除くその他)に適用して下さい。

専用の「連記式請求書」に集計し総括表を添えての請求となります。 食事療養費の助成は無いものとして設定しております。

【限乳食有】【限乳食無】【限乳組国】： 限度額適用認定証を持っているが「持ってこなく、一部負担金から(80100円+(総医療費-26700円)×1%)を引いた額の窓口負担が発生する場合、こちらをご使用ください。

償還払い方式です。 当該患者の管理を必要とする医療機関でのみご使用下さい。 専用の「医療費助成申請書」が有りますが、標準の「償還払一覧表」に出力します。

償還払い方式です。 当該患者の管理を必要とする医療機関でのみご使用下さい。 専用の「医療費助成申請書」が有りますが、標準の「償還払一覧表」に出力します。

県単公費では有りませんが、レセプトによる請求のため保険番号マスタのみ提供します。

「老人1割」(1割負担の患者に適用して下さい)

「老人2割」(2割負担の患者に適用して下さい)

仙台市(平成24年1月)、富谷町(平成25年10月)、名取市(平成27年10月)

※富谷町は食事療養費が半額助成の為、本体側で食事療養費半額助成の対応を行っています。(負担者番号「83040170」、「83040287」の場合、半額助成)

【子就前】： 社保および市町村国保、一部の国保組合(県建設業、全国土木建築、県医師、県歯科医師)の患者に適用して下さい。外来は初診時一部負担金有り。社保は専用の請求書、国保はレセプトでの請求です。※名取市も同様の制度のようです

※社保分で、限度額認定証がない場合は、「80100円+(総医療費-26700円)×1%」を超える金額を患者負担に加算します。

【子就前組国】： 一部の国保組合(県建設業、全国土木建築、県医師、県歯科医師を除くその他)に適用して下さい。外来は初診時一部負担金有り。専用の請求書での請求です。※名取市も同様の制度のようです。

※限度額認定証がない場合は、「80100円+(総医療費-26700円)×1%」を超える金額を患者負担に加算します。

【子ども】： 社保および市町村国保、一部の国保組合(県建設業、全国土木建築、県医師、県歯科医師)の患者に適用して下さい。外来は初診時一部負担金有り、入院は日500円/10日。社保は専用の請求書、国保はレセプトでの請求です。

※社保分で、限度額認定証がない場合は、「80100円+(総医療費-26700円)×1%」を超える金額を患者負担に加算します。

【子国組】： 一部の国保組合(県建設業、全国土木建築、県医師、県歯科医師を除くその他)に適用して下さい。外来は初診時一部負担金有り、入院は日500円/10日。専用の請求書での請求です。

※限度額認定証がない場合は、「80100円+(総医療費-26700円)×1%」を超える金額を患者負担に加算します。

利府町(平成25年10月)

子ども医療費

【利府子】： 市町村国保、一部の国保組合(県建設業、全国土木建築、県医師、県歯科医師)の患者に適用して下さい。外来初回のみ500円、入院1日500円/月5000円限度の患者負担です。レセプトでの請求です。

【利府子国組】： 社保、一部の国保組合(県建設業、全国土木建築、県医師、県歯科医師を除くその他)に適用して下さい。外来初回のみ500円、入院1日500円/月5000円限度の患者負担です。専用の請求書での請求です。

※限度額認定証がない場合は、「80100円+(総医療費-26700円)×1%」を超える金額を患者負担に加算します。

乳幼児医療費(旧)

平成17年9月末までは下記制度運用です。

「乳児社市」(社保および市町村国保の患者に適用して下さい)

「乳児組合」(国保組合の患者に適用して下さい)