

I 様式について

1 国保診療報酬請求総括表〔県内・県外〕（5ページ参照）

- (1) 表題の「国保診療報酬・老人保健請求総括表〔県内・県外〕」を「国保診療報酬請求総括表〔県内・県外〕」に変更しました。
- (2) 注2に『なお、「3 老人」は平成20年3月診療分以前の老人保健に係わる請求がある場合に○で囲んでください。』を加えました。
- (3) 注の表中の本案入外区分欄を変更しました。

【旧様式】

番号	本案入外区分
1	本人入院
2	本人入院外
3	3歳未満入院
4	3歳未満入院外
5	家族入院
6	家族入院外
7	高齢受給者・老人医療9割入院
8	高齢受給者・老人医療9割入院外
9	高齢受給者・老人医療7（8）割入院
0	高齢受給者・老人医療7（8）割入院外

【新様式】

番号	本案入外区分
1	本人入院
2	本人入院外
3	6歳入院
4	6歳入院外
5	家族入院
6	家族入院外
7	高齢受給者一般・低所得（老人等9割）入院
8	高齢受給者一般・低所得（老人等9割）入院外
9	高齢受給者7割（老人等7・8割）入院
0	高齢受給者7割（老人等7・8割）入院外



※ 本会で印刷し配布します。

2 診療報酬等請求書（6～13ページ参照）

- (1) 国保の区分欄の「七〇歳以上九割」を「七〇歳以上一般・低所得」に変更しました。
- (2) 国保及び退職の区分欄の「三歳未満八割」を「六歳」に変更しました。
- (3) 退職の医科については、注3の次に4として、歯科、調剤、訪問については、注2の次に3として、『区分欄の「七〇歳以上九割」及び「七〇歳以上七割」は平成20年3月診療分以前のレセプトに係わる請求がある場合に記載してください。』を加えました。

※ 各請求書の版下は、本会で用意します。

II 記載方法等について

1 国保診療報酬請求総括表〔県内・県外〕

保険種別欄の「3 老人」は、平成20年3月診療分以前の老人保健に係わる請求がある場合に記載してください。

2 診療報酬等請求書

- (1) 退職の区分欄の「七〇歳以上九割」及び「七〇歳以上七割」の請求は、平成20年3月診療分以前のレセプトに係わる請求がある場合に記載してください。
- (2) 旧様式の取り繕い方法

ア 国保

70歳以上一般・低所得の請求は、区分欄の「七〇歳以上九割」の「九割」を「一・低」に訂正し、6歳の請求は、区分欄の「三歳未満八割」を「六歳」に訂正して使用してください。

イ 退職

6歳の請求は、区分欄の「三歳未満八割」を「六歳」に訂正して使用してください。

- (3) 3月診療分以前（月遅れ）の請求方法

ア 国保

(ア) 70歳以上9割の請求は、4月診療分以降の請求書とは別に請求書を作成し、保険者番号の左部に「9割」と朱書きし、区分欄の「七〇歳以上一般・低所得」の「一般・低所得」を「九割」に訂正し請求してください。

(イ) 3歳未満8割の請求は、区分欄の「六歳」を使用し6歳と合算して請求してください。

イ 退職

3歳未満8割の請求は、区分欄の「六歳」を使用し6歳と合算して請求してください。

ウ・エ及びイ以外は、当月分と合算して請求してください。

Ⅲ 福祉医療費の請求について

1 70歳以上一般・低所得（特例措置）請求

- (1) 市町村国保
従前どおり福祉併用で請求してください。
- (2) 市町村国保以外
従前どおり福祉医療費【連記式】で患者一部負担相当額を請求してください。

Ⅳ 福祉医療費【連記式】の様式について

1 福祉医療費【連記式】請求総括表（14ページ参照）

- (1) 割合等欄の「0 旧老人」を削除しました。
 - (2) 注2のなお書きを、「なお、障害者自立支援法等公費負担医療、~~長~~、高額（高齢受給者・老人医療受給者を除く。）及び在医管・在医総に係わる請求については「1割・2割・3割」の該当箇所並びに「特」を○で囲んでください。」に変更しました。
 - (3) 注3の文中「旧老人」を削除しました。
 - (4) 注の表中の区分欄の「3歳未満」を「6歳」に変更しました。
 - (5) 注5の次に「※ 注中の「老人医療受給者等」は平成20年3月診療分以前の老人保健に係わる説明です。」を加えました。
- ※ 本会で印刷し配布します。

2 福祉医療費（連記式）請求書（15ページ参照）

- (1) 区分欄の「3歳未満」を「6歳」に変更しました。
 - (2) 区分欄の「旧老人^①」を削除しました。
 - (3) 注2を、「「特」欄は、障害者自立支援法等公費負担医療、~~長~~、高額（高齢受給者・老人医療受給者を除く。）及び在医管・在医総に係わる請求について「特」を○で囲み、別綴じにしてください。」に変更しました。
 - (4) 注4を削除しました。
 - (5) 注3の文中「旧老人」を削除し、注4に繰り下げました。
 - (6) 注2の次に「3 区分欄の各「老人」は平成20年3月診療分以前の老人保健に係わる請求がある場合に記載してください。」を加えました。
 - (7) 注5の次に「※ 注中の「老人医療受給者」は平成20年3月診療分以前の老人保健に係わる説明です。」を加えました。
- ※ 請求書の版下は、本会で用意します。

3 福祉医療費【連記式】明細書（入院、入院外）（16、17ページ参照）

- (1) 区分欄の「3歳未満」を「6歳」に変更しました。
 - (2) 区分欄の「旧老人」を「~~特~~略称等」に変更しました。
 - (3) 注1の文中「空欄」を「~~特~~略称等欄」に変更し、「なお、区分欄の「老人」は平成20年3月診療分以前の老人保健に係わる請求がある場合に○で囲んでください。」を加えました。
 - (4) 注3の文中「空欄」を「~~特~~略称等欄」に変更しました。
 - (5) 注の表中「空欄」を「~~特~~略称等欄」に、「感染症（結核医療）、自立支援医療（精神通院医療（入院外のみ）、更生医療、育成医療）、特定疾患、小児慢性等」を「障害者自立支援法等公費負担医療」に変更しました。
 - (6) 入院は注6の次に、入院外は注8の次に「※ 注中の「老人医療受給者等」は平成20年3月診療分以前の老人保健に係わる説明です。」を加えました。
- ※ 本会で印刷し配布します。

Ⅴ 福祉医療費【連記式】の記載方法等について

1 福祉医療費【連記式】請求総括表

- (1) 区分欄に記載する番号「6」は、平成20年3月診療分以前の老人保健に係わる請求がある場合に記載してください。
- (2) 70歳以上一般・低所得（特例措置）は、割合等欄の「2 2割」を○で囲み請求してください。

2 福祉医療費（連記式）請求書

- (1) 区分欄の「老人③」、「老人⑦」及び「老人⑩」は、平成20年3月診療分以前の老人保健に係わる請求がある場合に記載してください。
- (2) 70歳以上一般・低所得（特例措置）は、区分欄の「2割」の「70歳以上⑤」に記載してください。
- (3) 旧様式の取り纏め方法
区分欄の「3歳未満」を「6歳」に訂正して使用してください。
- (4) 3月診療分以前（月遅れ）の請求方法
3歳未満2割については、区分欄の「6歳⑥」を使用し6歳と合算して請求してください。

3 福祉医療費【連記式】明細書

- (1) 区分欄の「老人」は、平成20年3月診療分以前の老人保健に係わる請求がある場合に記載してください。
- (2) 70歳以上一般・低所得（特例措置）は、割合欄の「2割」を○で囲み請求してください。
- (3) 旧様式の取り纏め方法
区分欄「3歳未満」を「6歳」に訂正して使用してください。

4 福祉医療費【連記式】明細書記載例

- (1) 例1 入院 70歳以上一般・低所得（特例措置）の場合

福祉医療費【連記式】明細書（入院）						割合	区分
様 平成 年 月 日 保険医療機関等の所在地及び名称（電話番号）						1割	一般
						2割	70歳以上
						3割	6歳
						(特)	老人
割合欄は2割で請求しますが、福祉医療費請求額は1割です。 残りの1割相当額は指定公費として支払われます。							
氏名 生年月日	点数	福祉医療費 請求額	食事 回数	食事 標準負担額	備考		
	20,000	20,000					

- (2) 例2 入院外 70歳以上一般・低所得（特例措置）の場合

福祉医療費【連記式】明細書（入院外）						割合	区分
様 平成 年 月 日 保険医療機関等の所在地及び名称（電話番号）						1割	一般
						2割	70歳以上
						3割	6歳
						(特)	老人
割合欄は2割で請求しますが、1割を福祉医療費、残りの1割相当額は指定公費として支払われます。							
氏名 生年月日	点数	福祉医療費 請求額			備考		
	500						

- (3) 例3 入院外 公費51番（特定疾患治療研究事業による医療の給付）との併用で、公費患者負担額が1割を超える場合【請求点数 2,000点 公費患者負担額 2,250円】

福祉医療費【連記式】明細書（入院外）

様 保険医療機関等の 所在地及び名称 (電話番号)		割合	区分
		1割	一般
		2割	70歳以上
		3割	6歳
		4割	老人
		(特) 略称等	
		51	
氏名 生年月日	点数	福祉医療費 請求額	備考
	2,000	2,000	

平成 年 月分国保診療報酬請求総括表〔県内・県外〕

表 別	1	医科
	3	歯科
	4	調剤
	6	訪問

品番 医療機関等コード

10

保険医療機関等の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

補記	保險者名	保險者番号	保除種別	本家外	割合	件数	公費分件数 (再掲)	福祉分件数 (再掲)	点数
			1 4 3 一般退職老人						
			1 4 3 一般退職老人						
			1 4 3 一般退職老人						
			1 4 3 一般退職老人						
			1 4 3 一般退職老人						
5			1 4 3 一般退職老人						
			1 4 3 一般退職老人						
			1 4 3 一般退職老人						
			1 4 3 一般退職老人						
			1 4 3 一般退職老人						
			1 4 3 一般退職老人						
10			1 4 3 一般退職老人						
			1 4 3 一般退職老人						
			1 4 3 一般退職老人						
			1 4 3 一般退職老人						
			1 4 3 一般退職老人						
			1 4 3 一般退職老人						
15			1 4 3 一般退職老人						
			1 4 3 一般退職老人						
			1 4 3 一般退職老人						
			1 4 3 一般退職老人						
			1 4 3 一般退職老人						
			1 4 3 一般退職老人						
20			1 4 3 一般退職老人						
			1 4 3 一般退職老人						
			1 4 3 一般退職老人						
			1 4 3 一般退職老人						
			1 4 3 一般退職老人						
			1 4 3 一般退職老人						
25			1 4 3 一般退職老人						
入院合計		件	点	入院外合計		件			点

- 注1 要覧欄は担当者所を○で囲んでください。
- 2 保障係別欄は該当箇所をすべて囲んでください。
なお、「8 老人」は平成20年3月認定方以前の老人保健に替わる請求がある場合
○で囲んでください。
- 3 本人が欄は右記の番号を記載してください。
たとえば、保障係別一栏7割の場合には「1」入院外「2」と記載してください。
- 4 件名欄は各区分の明細号（福祉担当明細号を含む）の件数を記載してください。
- 5 公費分作数欄は公費負担医療費の件数を、福祉分作数欄は福祉医療費の件数を写録し
てください。
- 6 合計は最終ページに記載してください。
- 7 訪問は請求金額を点数欄に記載してください。
- 8 在宅行または在宅医療は施設欄に「在」と記載してください。

序号	本安外区分
1	本入入院
2	本入入院外
3	6能入院
4	6能入院外
5	家能入院
6	家能入院外
7	能耐受特普一般 快耐操 (老人等 9型) 入院
8	能耐受特普一般 快耐操 (老人等 8型) 入院外
9	能耐受特普一般 快耐操 (老人等 7 - 8型) 入院
10	能耐受特普一般 快耐操 (老人等 7、8型) 入院外

● 受付印

(A4規格)

平成 年 月 分 診療報酬請求書 (医科)

保険者

様

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

印

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

保険者番号	照会番号	医療機関コード	表別
	10		1

区 分			療 養 の 給 付					金 事 療 養 ・ 生 活 療 養			
			件 数	公費分件数 (再掲)	福祉分件数 (再掲)	口 数	点 数	一部負担金	件 数	回 数	金 額
国民健康保険被保険者七割	七〇歳以上・親・世帯主	入院									
		入院外									
		入院・入院外									
	請求①	入院									
		入院外									
		入院・入院外									
	請求②	入院									
		入院外									
		入院・入院外									
	※決定	入院									
		入院外									
		入院・入院外									
被保険者七割	入院										
	入院外										
	入院・入院外										
国民健康保険被保険者八割	被保険者七割	入院									
		入院外									
		入院・入院外									
	請求③	入院									
		入院外									
		入院・入院外									
	請求④	入院									
		入院外									
		入院・入院外									
	※決定	入院									
		入院外									
		入院・入院外									
被保険者八割	入院										
	入院外										
	入院・入院外										

- 注 1. 「※決定」欄は記載しないでください。
2. 公費分件数欄は公費負担医療費の件数を、福祉分件数欄は福祉医療費の件数を再掲してください。
3. 「在休管または在休産を認定したレセプト」は「その他のレセプト」とは別に請求書を作成し、保険医療機関等の左部に「在」と記載してください。

国

保

(A4規格)

平成 年 月 分 診療報酬請求書 (医科)

保険者

様

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

印

下記のとおり請求する。

保険者番号	県番号	医療機関コード	表別
	10		1

平成 年 月 日

区 分			療 養 の 給 付					食 事 療 養 ・ 生 活 療 養			
			件 数	公費分件数 (再掲)	福祉分件数 (再掲)	日 数	点 数	一 部 負 担 金	件 数	回 数	金 額
国民健康保険被保険者	本人に 対し	入院									
		入院									
		入院									
		入院									
		入院									
		入院									
	70歳以上 に 対し	入院									
		入院									
		入院									
		入院									
		入院									
		入院									
国民健康保険被扶養者	本人に 対し	入院									
		入院									
		入院									
		入院									
		入院									
		入院									

- 注 1 「※決定」欄は記載しないでください。
2 公費分件数欄は公費負担療養の件数を、福祉分件数欄は福祉医療費の件数を再掲してください。
3 「存続」または「廃止」を決定したレセプト(「その他のレセプト」とは別に請求書を作成し、保険医療機関等の左部に「存」と記載してください)。
4 区分欄の「70歳以上」及び「70歳以上」は平成20年3月診療分以前のレセプトに係る請求がある場合に記載してください。

退

職

(1) 医科

新様式（色調は国保等と同じ「クリーム色」）となります。後期高齢者医療制度に係る請求について使用していただきたい。

※ 請求書の版下は、本会で用意します。

(ア) 請求先都道府県後期高齢者医療広域連合ごとに請求書を作成してください。

なお、請求先保険者名は広域連合所在都道府県名を記載し、保険者番号欄は法別番号「39」と県番2桁（別表1参照）を記載してください。

※ 広域連合の構成市町村単位に保険者番号が設定されていますが、保険者番号ごとに請求書を作成する必要はありません。

(イ) 在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した明細書については、保険者番号欄の左余白に朱書きで「在」と記載し、別に請求書を作成してください。

(ウ) 給付割合、入院・入院外ごとに件数、点数等を記載してください。

(エ) 公費負担医療の欄について、各法別ごとに件数等を再掲してください。

[illegible]

ア 様式（15ページ参照）

※ 現行の「診療報酬等請求書（国保・退職・老人）」と様式が異なりますので、兼用はできません。
※ 請求書の版下は、本会で用意します。

(ア) 請求先都道府県後期高齢者医療広域連合ごとに請求書を作成してください。

※ 広域連合の構成市町村単位に保険者番号が設定されていますが、保険者番号ごとに請求書を作成する必要はありません。

(イ) 給付割合、入院・入院外ごとに件数、点数等を記載してください。

(ウ) 公費負担医療の欄について、各法別ごとに件数等を再掲してください。

平成 20 年 4 月 分 診療報酬請求書 (資料)

診療所 岐阜県岐阜市西大黒町 1-1-1 岐阜県立岐阜医療センター

診療科目 内科

診療日 20 年 4 月 10 日

診療科目	診療日	診療時間	診療回数	診療内容	診療結果	診療費用	診療回数	診療内容	診療結果	診療費用
内科	20 年 4 月 10 日	12:00 - 12:30	1 回	診察	軽度	1,000 円	1 回	診察	軽度	1,000 円
内科	20 年 4 月 10 日	12:30 - 13:00	1 回	診察	軽度	1,000 円	1 回	診察	軽度	1,000 円
内科	20 年 4 月 10 日	13:00 - 13:30	1 回	診察	軽度	1,000 円	1 回	診察	軽度	1,000 円
内科	20 年 4 月 10 日	13:30 - 14:00	1 回	診察	軽度	1,000 円	1 回	診察	軽度	1,000 円
内科	20 年 4 月 10 日	14:00 - 14:30	1 回	診察	軽度	1,000 円	1 回	診察	軽度	1,000 円
内科	20 年 4 月 10 日	14:30 - 15:00	1 回	診察	軽度	1,000 円	1 回	診察	軽度	1,000 円
内科	20 年 4 月 10 日	15:00 - 15:30	1 回	診察	軽度	1,000 円	1 回	診察	軽度	1,000 円
内科	20 年 4 月 10 日	15:30 - 16:00	1 回	診察	軽度	1,000 円	1 回	診察	軽度	1,000 円
内科	20 年 4 月 10 日	16:00 - 16:30	1 回	診察	軽度	1,000 円	1 回	診察	軽度	1,000 円
内科	20 年 4 月 10 日	16:30 - 17:00	1 回	診察	軽度	1,000 円	1 回	診察	軽度	1,000 円
内科	20 年 4 月 10 日	17:00 - 17:30	1 回	診察	軽度	1,000 円	1 回	診察	軽度	1,000 円
内科	20 年 4 月 10 日	17:30 - 18:00	1 回	診察	軽度	1,000 円	1 回	診察	軽度	1,000 円
内科	20 年 4 月 10 日	18:00 - 18:30	1 回	診察	軽度	1,000 円	1 回	診察	軽度	1,000 円
内科	20 年 4 月 10 日	18:30 - 19:00	1 回	診察	軽度	1,000 円	1 回	診察	軽度	1,000 円
内科	20 年 4 月 10 日	19:00 - 19:30	1 回	診察	軽度	1,000 円	1 回	診察	軽度	1,000 円
内科	20 年 4 月 10 日	19:30 - 20:00	1 回	診察	軽度	1,000 円	1 回	診察	軽度	1,000 円
内科	20 年 4 月 10 日	20:00 - 20:30	1 回	診察	軽度	1,000 円	1 回	診察	軽度	1,000 円
内科	20 年 4 月 10 日	20:30 - 21:00	1 回	診察	軽度	1,000 円	1 回	診察	軽度	1,000 円
内科	20 年 4 月 10 日	21:00 - 21:30	1 回	診察	軽度	1,000 円	1 回	診察	軽度	1,000 円
内科	20 年 4 月 10 日	21:30 - 22:00	1 回	診察	軽度	1,000 円	1 回	診察	軽度	1,000 円
内科	20 年 4 月 10 日	22:00 - 22:30	1 回	診察	軽度	1,000 円	1 回	診察	軽度	1,000 円
内科	20 年 4 月 10 日	22:30 - 23:00	1 回	診察	軽度	1,000 円	1 回	診察	軽度	1,000 円
内科	20 年 4 月 10 日	23:00 - 23:30	1 回	診察	軽度	1,000 円	1 回	診察	軽度	1,000 円
内科	20 年 4 月 10 日	23:30 - 24:00	1 回	診察	軽度	1,000 円	1 回	診察	軽度	1,000 円
内科	20 年 4 月 10 日	24:00 - 24:30	1 回	診察	軽度	1,000 円	1 回	診察	軽度	1,000 円
内科	20 年 4 月 10 日	24:30 - 25:00	1 回	診察	軽度	1,000 円	1 回	診察	軽度	1,000 円
内科	20 年 4 月 10 日	25:00 - 25:30	1 回	診察	軽度	1,000 円	1 回	診察	軽度	1,000 円
内科	20 年 4 月 10 日	25:30 - 26:00	1 回	診察	軽度	1,000 円	1 回	診察	軽度	1,000 円
内科	20 年 4 月 10 日	26:00 - 26:30	1 回	診察	軽度	1,000 円	1 回	診察	軽度	1,000 円
内科	20 年 4 月 10 日	26:30 - 27:00	1 回	診察	軽度	1,000 円	1 回	診察	軽度	1,000 円
内科	20 年 4 月 10 日	27:00 - 27:30	1 回	診察	軽度					

(3) 調剤

ア 様式（16ページ参照）

新様式（色調は国保等と同じ「クリーム色」）となります。後期高齢者医療制度に係る請求について使用してください。

※ 現行の「診療報酬等請求票（国保・退職・老人）」と様式が異なりますので、兼用はできません。

※ 請求書の版下は、本会で用意します。

イ 記載方法等

(ア) 請求先都道府県後期高齢者医療広域連合ごとに請求書を作成してください。

なお、請求先保険者名は広域連合所在都道府県名を記載し、保険者番号欄は法別番号「39」と県番2桁（別表1参照）を記載してください。

※ 広域連合の構成市町村単位に保険者番号が設定されていますが、保険者番号ごとに請求書を作成する必要はありません。

(イ) 給付割合ごとに件数、点数等を記載してください。

(ウ) 公費負担医療の欄について、各法別ごとに件数等を再掲してください。

記載例

[illegible]

ア 様式（17ページ参照）

※ 現行の「診療報酬等請求書(国保・退職・老人)」と様式が異なりますので、兼用はできません。
※ 請求書の版下は、本会で用意します。

(ア) 請求先都道府県後期高齢者医療広域連合ごとに請求書を作成してください。

※ 広域連合の構成市町村単位に保険者番号が設定されていますが、保険者番号ごとに請求書を作成する必要はありません。

(ウ) 公費負担医療の欄について、各法別ごとに件数等を再掲してください。

[illegible]

Ⅱ 福祉医療費の請求方法について

1 請求方法

後期高齢者医療制度に加入する福祉医療費受給者については、市町村ごとに新たに設定した「公費負担者番号」を記載した福祉医療費受給資格者証が再発行されます。公費負担者番号が設定されたことに伴い、福祉医療費は「併用明細書」による請求となります。

また、後期高齢者医療特定疾病療養（以下「マル長」という。）及び公費負担医療（以下「一般公費」という。）と併用する場合も併用明細書による請求となりますが、福祉医療における給付が生じない場合、福祉医療に係る記載は不要です。

なお、福祉医療費【連記式】明細書による請求はありません。特殊なケースが発生した場合の請求については、その都度、本会にご照会ください。

※ 旧受給資格者証での請求は、公費負担者番号未対応のため、本会の請求支払システム（全国標準）及び群馬県後期高齢者広域連合の電算処理システム（全国標準）において費用算定ができませんので、返戻いたします。

2 後期高齢者医療診療報酬等明細書

(1) 記載方法

ア 明細書の「公費負担者番号①及び②」及び「公費負担医療の受給者番号①及び②」欄

(ア) 一般公費と福祉医療とを併用する場合の記載方法

一般公費について、公費負担者番号①及び公費負担医療の受給者番号①欄に記載してください。

福祉医療について、公費負担者番号②及び公費負担医療の受給者番号②欄に福祉医療費受給資格者証に記載されている「公費負担者番号」8桁（別表2参照）及び「受給資格者番号」7桁を記載してください。

※ 後期高齢者医療制度以外の国保等に係る記載方法は、変更ありませんので、従前のとおり記載をお願いいたします。

(イ) 2種の一般公費と福祉医療が併用する場合の記載方法

一般公費について、公費負担者番号①、②及び公費負担医療の受給者番号①、②欄に記載し、福祉医療に係る公費負担者番号及び受給者番号等を明細書摘要欄右下に記載してください。

イ 明細書の「特記事項」欄

福祉医療に係る公費負担者番号の設定に伴い「80福祉」または「80」の記載は不要になります。

※ 後期高齢者医療制度以外の国保等に係る記載方法は、変更ありませんので、従前のとおり記載をお願いいたします。

ウ 明細書の「療養の給付」欄

(ア) 医科9割入院の場合

① 福祉医療併用の記載について

記載例1：保険請求点数と福祉請求点数が同じ場合

* 公費①:福祉

療養の給付	保険	請求点数 60,000	※決定点	負担金額 円 44,400 保険割(円)免除・公費割(円)	食事・生活療養	保険	回数 90	請求 円 61,800	※決定 円	(標準負担額) 円 51,000
	公費①	点 60,000	点	円		公費①	回 90	円 61,800	円	円 51,000
	公費②	点	点	円		公費②	回	円	円	円

※「保険」の請求点数と「公費①」の請求点数が同じ場合は、「公費①」に係る記載を省略しても差し支えありません。

記載例2：保険請求点数と福祉請求点数が異なる場合

* 公費①:福祉

療養の給付	保険	請求点数 60,000	※決定点	負担金額 円 44,400 保険割(円)免除・公費割(円)	食事・生活療養	保険	回数 90	請求 円 61,800	※決定 円	(標準負担額) 円 51,000
	公費①	点 30,000	点	円		公費①	回 45	円 30,900	円	円 25,500
	公費②	点	点	円		公費②	回	円	円	円

※ 月途中の福祉認定等で保険と福祉の点数が異なる場合の窓口徴収額については、負担金額を点数按分により計算します。

記載例2のケースでの窓口徴収額等は、以下のとおりになります。

$$\frac{30,000 \text{点 (福祉)}}{60,000 \text{点 (保険)}} \times 44,400 \text{円 (負担金額)} = 22,200 \text{円 (福祉負担額)}$$

$$44,400 \text{円 (負担金額)} - 22,200 \text{円 (福祉負担額)} = 22,200 \text{円 (窓口徴収額)}$$

※ 月途中の福祉認定等の場合における食事療養について、福祉医療費支給対象となる金額等を記載してください。

なお、生活療養費は福祉医療費の対象になりませんので記載については、9頁の工明細書の「食事・生活療養」を参照してください。

記載例3：マル長で保険請求点数と福祉請求点数が同じ場合

* 公費①:福祉

療養の給付	保険	請求点数 60,000	※決定点	負担金額 円 10,000 保険割(円)免除・公費割(円)	食事・生活療養	保険	回数 90	請求 円 61,800	※決定 円	(標準負担額) 円 51,000
	公費①	点 60,000	点	円		公費①	回 90	円 61,800	円	円 51,000
	公費②	点	点	円		公費②	回	円	円	円

※ 負担金額等を福祉で負担します。

② 一般公費と福祉医療との併用記載について

一般公費と福祉医療とを併用する場合、一般公費の請求内容により福祉医療費の請求方法が異なります。

記載例1：一般公費と福祉医療を併用する場合

(保険請求点数と一般公費請求点数が異なる場合)

* 公費①: 一般公費 公費②: 福祉

療養の給付	保険	請求点数	※決定点	負担金額 (円) 49,400 保険料(円)免除・支払限度	食事・生活療養	保険	回数	請求円	※決定円	(標準負担額) 円
	保険	60,000		(10,000) 49,400		保険	90	61,800		51,000
	公費①	10,000		5,000		公費①	15	10,300		8,500
	公費②	50,000				公費②	75	51,500		42,500

※ 保険請求と公費請求が異なる請求点数等の場合は、公費対象外の請求点数等を福祉請求として記載してください。

記載例2：一般公費と福祉医療を併用する場合

(保険請求点数と一般公費請求点数が同じ場合)

* 公費①: 一般公費 公費②: 福祉

療養の給付	保険	請求点数	※決定点	負担金額 (円) 44,400 保険料(円)免除・支払限度	食事・生活療養	保険	回数	請求円	※決定円	(標準負担額) 円
	保険	60,000		(44,400) 44,400		保険	90	61,800		51,000
	公費①	60,000		5,000		公費①	90	61,800		51,000
	公費②	60,000				公費②	0	0		0

※ 公費の患者負担額を福祉が給付しますので、保険請求と公費請求が同じ請求点数の場合は、同点数を福祉請求として記載してください。

なお、食事療養について、福祉医療の負担が発生しない場合の回数等は、「0」と記載してください。

記載例3：マル長で一般公費と福祉医療を併用する場合

(保険請求点数と一般公費請求点数が同じ場合)

* 公費①: 一般公費 公費②: 福祉

療養の給付	保険	請求点数	※決定点	負担金額 (円) 10,000 保険料(円)免除・支払限度	食事・生活療養	保険	回数	請求円	※決定円	(標準負担額) 円
	保険	60,000		(10,000) 10,000		保険	90	61,800		51,000
	公費①	60,000		5,000		公費①	90	61,800		51,000
	公費②	60,000				公費②	0	0		0

※ 公費の患者負担額を福祉が給付しますので、保険請求と公費請求が同じ請求点数の場合は、同点数を福祉請求として記載してください。

なお、食事療養について、福祉医療の負担が発生しない場合の回数等は、「0」と記載してください。

記載例 4：マル長で一般公費と福祉医療を併用する場合
(保険請求点数と一般公費請求点数が異なる場合)

* 公費①: 一般公費				公費②: 福祉			
療養の給付	保険	請求点数 60,000	※ 決定点	負担金額 (10,000) 10,000 減額分(回) 1回・元金等	食事・生活療養	保険	回数 90
	公費①	点	点	円 5,000		公費①	回 0
	公費②	点 50,000	点	円		公費②	回 90
						請求円	※ 決定円
						61,800	
							(標準負担額) 円 51,000
						円 0	円 0
						円 61,800	円 51,000

※ 保険請求と公費請求が異なる請求点数等の場合は、公費対象外の請求点数等を福祉請求として記載してください。

(イ) 医科 9 割入院外の場合

(ア) 医科 9 割入院の場合と同様の取扱いとなります。

(ウ) 医科 7 割入院及び入院外の場合

(ア) 医科 9 割入院の場合と同様の取扱いとなります。

(エ) 歯科、調剤、訪問 9 割及び 7 割の場合

請求点数の記載については、(ア) 医科 9 割入院の場合と同様の取扱いとなります。

エ 明細書の「食事・生活療養」欄

生活療養標準負担額は福祉医療費の対象となりませんので「食事・生活療養の公費」欄の記載は省略せず「回数」、「請求」及び「(標準負担額)」欄に「0」と記載してください。

ただし、月の途中で療養病床から一般病床等に移った場合は、一般病床等における入院時食事療養に係る「食事療養標準負担額」のみが福祉医療の対象となりますが、対象となる食事療養標準負担額のほか、食事療養の回数及び請求(食事療養に係る金額)を記載してください。

記載例 1：生活療養標準負担額のみの場合

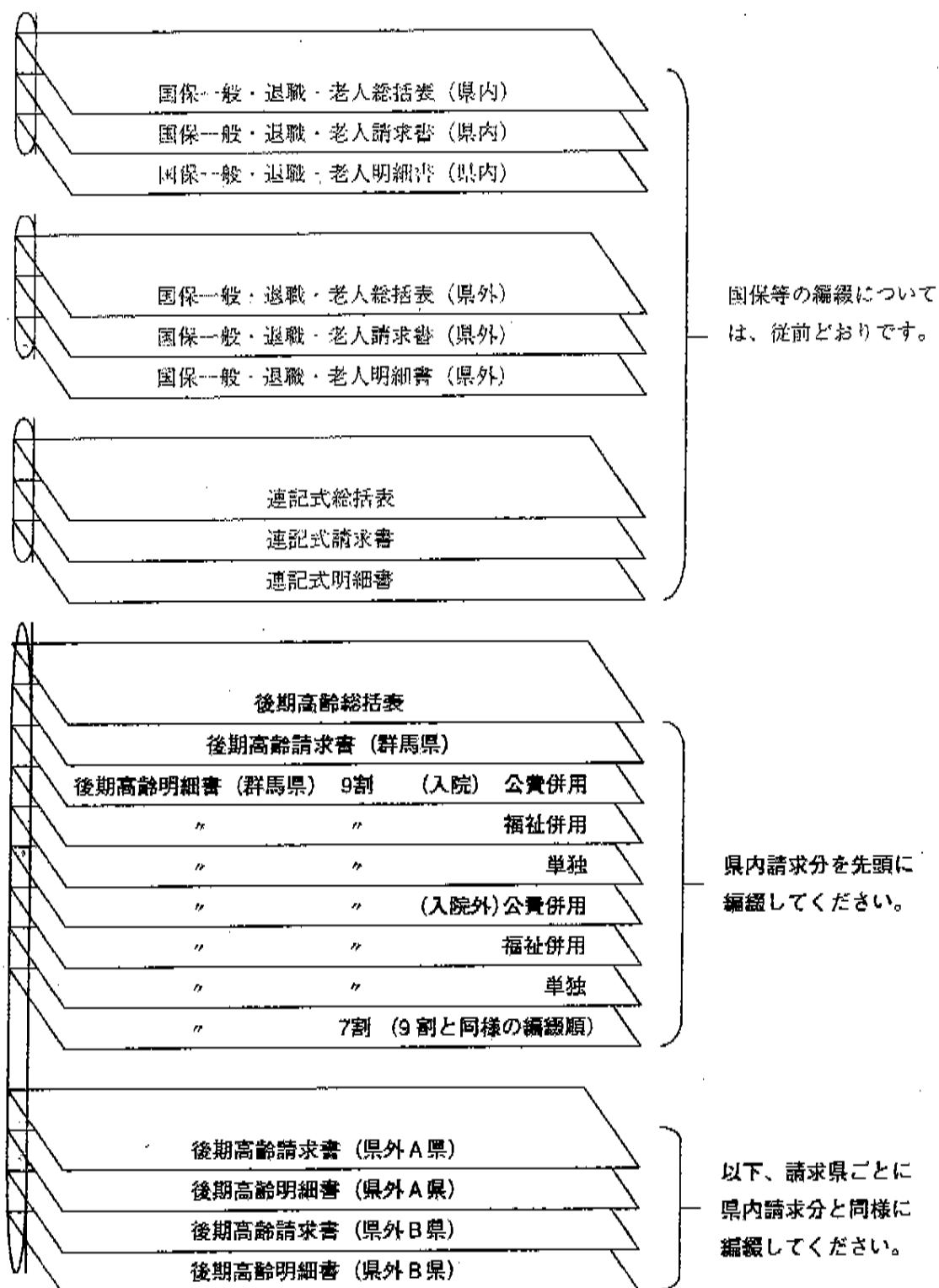
* 公費①: 福祉			
食事・生活療養	保険	回数 90	請求円 61,800
	公費①	回 0	円 0
	公費②	回	円
			※ 決定円
			(標準負担額) 円 51,000
			円 0
			円

記載例 2：生活療養標準負担額と食事療養標準負担額が混在する場合

* 公費①: 福祉			
食事・生活療養	保険	回数 90	請求円 59,700
	公費①	回 45	円 28,800
	公費②	回	円
			※ 決定円
			(標準負担額) 円 37,200
			円 11,700
			円

Ⅲ 編綴方法について

後期高齢者医療に係る明細書等について、区分ごとに公費併用明細書、福祉併用明細書、単独明細書の順にし、県内請求分と他県請求分とを下図のように、まとめて編綴してください。



Ⅳ その他

1 平成20年3月診療分以前の月遅れ老人保健分請求について

従前どおりの請求方法となります。老人保健用の診療報酬等請求書を添付し、国保等請求分と合わせて請求してください。

2 診療報酬等明細書に係る資格確認について

後期高齢者医療に係る被保険者の資格確認につきましては、群馬県後期高齢者広域連合から業務委託され、本会で行うことになりました。本会では、診療報酬等明細書と群馬県後期高齢者医療広域連合から提供される被保険者台帳との資格チェックを行い、被保険者資格なし等の資格エラーが発生した場合は、他の事務返戻と同様に医療機関等に返戻いたします。

3 本会ホームページへの掲載について

今回の号外及び様式例について、下記の本会ホームページに掲載いたします。

※ ホームページアドレス

【<http://www.gunmakokuho.or.jp>】

「別表1」

都道府県番号表

都道府県名	県番	都道府県名	県番	都道府県名	県番
北海道	01	石川	17	岡山	33
青森	02	福井	18	広島	34
岩手	03	山梨	19	山口	35
宮城	04	長野	20	徳島	36
秋田	05	岐阜	21	香川	37
山形	06	静岡	22	愛媛	38
福島	07	愛知	23	高知	39
茨城	08	三重	24	福岡	40
栃木	09	滋賀	25	佐賀	41
群馬	10	京都	26	長崎	42
埼玉	11	大阪	27	熊本	43
千葉	12	兵庫	28	大分	44
東京	13	奈良	29	宮崎	45
神奈川	14	和歌山	30	鹿児島	46
新潟	15	鳥取	31	沖縄	47
富山	16	島根	32		

「別表2」

福祉医療に係る市町村別公費負担者番号一覧

市町村名	負担者番号	市町村名	負担者番号
前 橋 市	77100014 87100012	南 牧 村	77100774 87100772
高 崎 市	77100022 87100020	甘 楽 町	77100782 87100780
桐 生 市	77100030 87100038	中 之 条 町	77100808 87100806
伊 勢 崎 市	77100048 87100046	長 野 原 町	77100832 87100830
太 田 市	77100055 87100053	嬬 恋 村	77100840 87100848
沼 田 市	77100063 87100061	草 津 町	77100857 87100855
館 林 市	77100071 87100079	六 合 村	77100865 87100863
渋 川 市	77100089 87100087	高 山 村	77100873 87100871
藤 岡 市	77100097 87100095	東 吾 妻 町	77101111 87101119
富 岡 市	77100105 87100103	片 品 村	77100907 87100905
安 中 市	77100113 87100111	川 場 村	77100915 87100913
み ど り 市	77100121 87100129	昭 和 村	77100956 87100954
富 士 見 村	77100535 87100533	み な か み 町	77101103 87101101
榛 東 村	77100675 87100673	玉 村 町	77100998 87100996
吉 岡 町	77100683 87100681	板 倉 町	77101053 87101051
吉 井 町	77100717 87100715	明 和 町	77101061 87101069
神 流 町	77100725 87100723	千 代 田 町	77101079 87101077
上 野 村	77100741 87100749	大 泉 町	77101087 87101085
下 仁 田 町	77100766 87100764	邑 楽 町	77101095 87101093

(A 4 規格)

平成 年 月分後期高齢者医療診療報酬等請求総括表

起 別	内科
	外科
	調劑
	訪問

医療機関等	5 - 1
-------	-------

保險医療機関等の 所在地及び名称	電 話 番 号	開設者氏名
東京海上日動火災保険株式会社 東京海上日動火災保険株式会社 東京海上日動火災保険株式会社	03-3568-1111 03-3568-1111 03-3568-1111	東京海上日動火災保険株式会社 東京海上日動火災保険株式会社 東京海上日動火災保険株式会社

[illegible]

- 注 1. 表別欄は該当箇所を○で囲んでください。
2. 割合欄は給付割合を記載してください。
3. 施設数が5校以上にわたる場合は、1校目の合計欄に総合計を記載してください。
4. 訪問看護は請求金額を点数欄に記載してください。
5. 公費負担医療等に係る記載は必要ありません。
6. 在院患者または在院総数は補記欄に「在」と記載してください。

（付印）

(A4規格) 平成 年 月 分 診療報酬請求書 (医科)

保険者

後期高齢者医療広域連合様

保険医療機関の

所在地及び名称

電話番号

開設者氏名

下記のとおり請求する。

印

平成 年 月 日

保 険 者 番 号	県 番 号	医 療 機 関 コード	要 別
3 9	1 0		1

後期高齢者医療

			療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養			
			件 数	診療日数	点 数	一部負担金	件 数	回 数	金 額	標準負担額
九 月 期 高 齢 者 医 療	請求 ①	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
七 月 期 高 齢 者 医 療	請求 ②	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								

公費負担医療 (所掲)

			療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養			
			件 数	診療日数	点 数	一部負担金	件 数	回 数	金 額	標準負担額
	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								

備 考

注1 「※決定」欄は記載しないでください。

後 期 高 齢

(A4規格)

平成 年 月分福祉医療費【連記式】請求総括表

表	1	内科
別	3	歯科
	4	調剤
	6	訪問

原番 医療機関等コード

10

 保険医療機関等の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

市町村名	記号	区分	割合等				入・外	件数	点数	福祉医療費 請求額
			1割	2割	3割	特	1入	2外		
			1割	2割	3割	特	1入	2外		
			1割	2割	3割	特	1入	2外		
			1割	2割	3割	特	1入	2外		
			1割	2割	3割	特	1入	2外		
5			1割	2割	3割	特	1入	2外		
			1割	2割	3割	特	1入	2外		
			1割	2割	3割	特	1入	2外		
			1割	2割	3割	特	1入	2外		
			1割	2割	3割	特	1入	2外		
			1割	2割	3割	特	1入	2外		
10			1割	2割	3割	特	1入	2外		
			1割	2割	3割	特	1入	2外		
			1割	2割	3割	特	1入	2外		
			1割	2割	3割	特	1入	2外		
			1割	2割	3割	特	1入	2外		
			1割	2割	3割	特	1入	2外		
15			1割	2割	3割	特	1入	2外		
			1割	2割	3割	特	1入	2外		
			1割	2割	3割	特	1入	2外		
			1割	2割	3割	特	1入	2外		
			1割	2割	3割	特	1入	2外		
			1割	2割	3割	特	1入	2外		
20			1割	2割	3割	特	1入	2外		
			1割	2割	3割	特	1入	2外		
			1割	2割	3割	特	1入	2外		
			1割	2割	3割	特	1入	2外		
			1割	2割	3割	特	1入	2外		
25			1割	2割	3割	特	1入	2外		

注1 表明欄は該当箇所を○で囲んでください。

2 割合等欄及び入外欄は該当箇所を○で囲んでください。

なお、障害者自立支援法第42条第1項医療費、形、高度（高齢受給者・老人医療受給者を除く。）及び在宅医療・在宅医療に係る請求については「1割・2割・3割」の該当箇所並びに「特」を○で囲んでください。

3 福祉医療費請求欄は「高齢受給者の入院・老人医療受給者の入院・特」該当の場合、金額を記載してください。

4 訪問は請求金額を点数欄に記載してください。

5 区分欄は右記の番号を記載してください。

※ 注中の「老人医療受給者等」は平成20年3月診療分以前の老人保健に係る説明です。

番号	区分
0	一般
7	70歳以上
8	65歳
6	老人

全付印

(A4規格)

平成 年 月分 福祉医療費(連記式)請求書

市町村名

様

保険医療機関等の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

印

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

保険者番号	渠番	医療機関等コード	支 別				特
			内科	歯科	調剤	訪問	
	10		1	3	4	6	

区 分			療 養 の 給 付			食 事 療 養	
			件 数	点 数	福祉医療費請求額	件 数	食事療養標準負担額
1	一般①	入 院					
		入院外					
	70歳以上②	入 院					
		入院外					
	老人③	入 院					
		入院外					
2	一般④	入 院					
		入院外					
	70歳以上⑤	入 院					
		入院外					
	6歳⑥	入 院					
		入院外					
3	老人⑦	入 院					
		入院外					
	一般⑧	入 院					
		入院外					
	70歳以上⑨	入 院					
		入院外					
4	老人⑩	入 院					
		入院外					

- 注1 表別欄は該当箇所を○で囲んでください。
2 「特」欄は、障害者自立支援法等公費負担医療、療、高額(高齢受給者・老人医療受給者を除く。)及び在宅医療・在宅医療に係る請求について「特」を○で囲み、別紙にしてください。
3 区分欄の各「老人」は平成20年3月診療分以前の老人保健に係る請求がある場合に記述してください。
4 福祉医療費請求額は「高齢受給者の入院・老人医療受給者の入院・特」該当の場合、金額を記載してください。
5 訪問は請求金額を点数欄に記載してください。
※ 注中の「老人医療受給者」は平成20年3月診療分以前の老人保健に係る説明です。

連 記

(A4規格)

医科	歯科	都道府県番号	10	医療機関コード
平成 年 月 分 福祉医療費【連記式】明細書(入院)				
市町村長 様				
保険医療機関の 所在地及び名称 (電話番号)				
交付資格者証 記号				
交付資格者 番号				
管 掌 別				
受 給 者 氏 名				
点 数				
福祉医療費 請求額				
食事 回数				
食事療養 標準負担額				
備 考				
1	健康 組合	2	3	4
2	健康 組合	2	3	4
3	健康 組合	2	3	4
4	健康 組合	2	3	4
5	健康 組合	2	3	4
6	健康 組合	2	3	4
7	健康 組合	2	3	4
8	健康 組合	2	3	4
9	健康 組合	2	3	4
10	健康 組合	2	3	4
11	健康 組合	2	3	4
12	健康 組合	2	3	4
合 計				

- 注1 割合欄と区分欄は該当する割合と区分を○で囲み、⑤略称等は右記の略称等に記載してください。
- なお、区分欄の「老人」は平成20年3月31日以前に老人保険に加入する者である場合に○で囲んでください。
- 2 点数欄は、療養の給付に係る点数を記載してください。
- 3 福祉医療費請求額は、⑤略称等に明記した場合と、高齢受給者・老人医療受給者に係る福祉医療費請求額を記載してください。
- 4 備考欄は、⑤略称等に該当する場合は⑤略称、月連分は除却年月、旧総合病院の場合は診療科を記載してください。
- また、被保険者の適用区分欄1・1(国民)、区分2・1(老人)に該当する者は「B・1」を記載してください。
- 5 70歳以上の高齢者及び老人保険の受給者で、自己負担限度額「一般」適用超過措置対象者の福祉医療費請求額が自己負担限度額となる場合は、備考欄に「超過」と記載してください。
- 6 国民健康保険の保険者と福祉医療費負担市町村が不一致の場合は、備考欄に備考番号を記載してください。
- ※ 注中の「老人医療受給者等」は平成20年3月31日以前に老人保険に加入する者です。

⑤略称等欄に記載が必要な請求	略称等
障害者自立支援給付等公費負担医療	介護費
⑤	0.2
高齢受給者、老人医療受給者を除く 高額(多数高齢、非課税世帯、多量 該当・非課税世帯を含む)	高

(A4規格)

医科	歯科	調剤	訪問	都道府県番号	10	医療機関等 コード												
平成 年 月 分 福祉医療費【連記式】明細書(入院外)																		
市町村長 様																		
保険医療機関等の 所在地及び名称 (電話番号)																		
受給資格者証 記号																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>割合</th> <th>区分</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>一般</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>70歳以上</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>6歳</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>老人</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(特) 略称等</td> </tr> </tbody> </table>							割合	区分	1	一般	2	70歳以上	3	6歳	4	老人	(特) 略称等	
割合	区分																	
1	一般																	
2	70歳以上																	
3	6歳																	
4	老人																	
(特) 略称等																		
受給資格者 番号	管 掌 別	受 給 者 氏 名	点 数	福 祉 医 療 費 請 求 額	備 考													
	1 健康 2 組合 3 共済 4 国保 5 国組保	性 別 生 年 月 日 (男・女) 明・大・昭・平																
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
合 計																		

- 注1. 割合欄と区分欄は該当する割合と区分を○で読み、(特)略称等欄は右表の略称等を記載してください。
なお、区分欄の「老人」は平成20年3月31日以前に老人保険に加入する請求がある場合に○で記入してください。
2. 点数欄は、請求の給付に係る点数を記載してください。
3. 福祉医療費請求額欄は、(特)略称等欄に略称等を記載した場合に福祉医療費請求額を記載してください。
4. 備考欄は、(特)略称等に該当する場合は(特)略称等を記載してください。また、(特)略称等に該当する請求について、保険医療機関の名称(区分Ⅱ・Ⅲ(国保)、区分Ⅱ・Ⅲ(老人)に該当する場合は「0」・「1」を記載してください。
5. 保険薬局において、同一受給者が複数の医療機関からの処方を受けた場合、それぞれの医療機関名または「複数あり」を備考欄に記載してください。
6. 在医療・在施設に係る請求について、70歳以上の高齢者及び老人医療の受給者で、自己負担割合「一般」適用経費負担対象者の福祉医療費請求額が自己負担割合となる場合は、備考欄に「経過」と記載してください。
7. 国保医療費の保険者と福祉医療費市町村が不一致の場合は、備考欄に係者名を記載してください。
8. 内訳は請求内容を点検後に記載してください。
※ 注中の「老人医療受給者等」は平成20年3月31日以前に老人保険に加入する請求です。

(特)略称等欄に記載が必要な請求	略称等
障害者自立支援法等公費負担医療	各法第
(特)	02
高齢受給者、老人医療受給者を除く高額(多額)請求、非課税世帯、多額該当・非課税世帯を含む)	高
在医療・在施設	在