17-1

事　務　連　絡
平成２０年４月１６日

保険医療機関
各　　様
保 険 薬 局

埼玉県国民健康保険団体連合会

７０歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置の
取扱いについて

本会の事業実施につきましては、日ごろ格別の御協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、７０歳～７４歳であるもの（現役並み所得者及び後期高齢者医療の対象となる一定の障害認定を受けたものは除く。）の窓口負担については、平成２０年４月から２割負担に見直されることとされていましたが、臨時の特例措置として、平成２１年３月までの間、１割に据え置くこととし保険給付を８割としたまま、国が一部負担金等の一部に相当する額を標記被保険者等に代わって保険医療機関、保険薬局又は指定訪問看護事業者に支払うこととなりました。

つきましては、標記被保険者の診療（調剤）報酬請求書等を提出する場合は、国が示した請求方法に基づき、保険給付分として８割で請求していただき、本会（埼玉県国保連合会）から、保険給付分８割相当額に国が指定公費分として負担する１割相当額を上乗せして、診療（調剤）報酬額を支払いますので、当該被保険者の窓口負担徴収等遺漏のないようよろしくお取り計らい下さい。

また、当該被保険者の申し出により、窓口負担として２割を徴収した場合は、当該被保険者の診療（調剤）報酬明細書の「特記事項」欄に「二割」（電子計算機の場合は、コード「２０」、略号「二割」）と表記して下さいますようお願いいたします。

なお、国が負担する１割相当額については、請求額払の対象とはいたしませんので、総括表の請求額払の金額には含めないでいただきますよう、よろしくお願いいたします。

担　当　業務一課
電　話　０４８－８２４－２９０１

2

旧様式の取扱いについて

旧様式(総括表・診療(調剤)報酬請求書・診療(調剤)報酬明細書)を使用する場合は、次のとおり訂正し、請求して下さい。

● 総括表

(1) 表題の「国民健康保険・退職者医療・老人保健」の次に「・後期高齢者医療」と加えて下さい。

(2) 「保険者名・公費名等」欄の「老人保健」を「後期高齢者医療」に訂正して下さい。

なお、老人保健(月遅れ分)の請求がある場合は、「退職者医療」欄の次に「老人保健(月遅れ分)」欄を設け、ご記入下さい。

● 診療(調剤)報酬請求書

請求書の給付割合等については、次のとおり訂正して下さい。

【旧様式】		【訂正後】
一般(70歳以上9割)		一般(70歳以上一般・低所得)
給付割 9割	→	給付割 8割
一般(3歳未満)		一般(6歳)
退職(3歳未満)		退職(6歳)

※ 後期高齢者医療の請求については、新様式により請求して下さい。

● 診療(調剤)報酬明細書

明細書の「保険種別1」欄及び「本人・家族」欄(右上欄)については、次のとおり訂正して下さい。

	【旧様式】		【訂正後】
「保険種別1」欄	3 老人		9 後期
「本人・家族」欄	(入院) 3 三入 7 高入9 (入院外) 4 三外 8 高外9	→	(入院) 3 六入 7 高入一 (入院外) 4 六外 8 高外一

※ ＿＿ は訂正等の箇所です。

5

平成　年　月分　国民健康保険・退職者医療・老人保健及び公費総括表

→ 診療年月をご記入ください。　・後期高齢者医療　医科（病院及び有床診療所用）

保険者名 公費名等	区分	請求 療養の給付 件数	日数	点数	食事療養・生活療養 件数	回数	金額	請求額払の金額
後期高齢者医療 ~~老人保健~~	入							
	外							
退職者医療	入							
	外							
老人保健（月遅れ分）	入							
	外							
	入							
	外							
	入							
	外							
	入							
	外							
	入							
	外							
	入							
	外							
	入							
	外							
合計	入							
	外							

※請求があった場合のみ記入

注 1　請求額払の金額欄は、老人保健及び退職者医療以外のものを記入して下さい。
2　合計欄の件数・日（回）数・点数には公費分を含めないで下さい。

保険医療機関の所在地及び名称・電話番号・開設者氏名	医療機関コード	平均点数	
		入院	
		入院外	

埼玉県国民健康保険団体連合会

→ 医療機関コードをご記入ください。

国民健康保険及び公費請求額払票

保険医療機関の所在地及び名称・電話番号・開設者氏名

区分	月別	点表	医療機関コード
請求月・点数表及び医療機関コード		1	
請求額払の金額			千　円

下欄は記入不要です。

→ 診療月を2桁でご記入ください。（例）1月→01　10月→10

件		

→ 1書・2簡・3配・4宅

→ 保険医療機関の所在地及び名称・電話番号・開設者氏名をご記入ください。

4

平成　　年　　月分 診療報酬請求書（医科）

→ 診療年月をご記入ください。

必ず押印ください。 ↓ ㊞

保険者

保険者名をご記入ください。 殿

下記のとおり請求する。

請求年月日をご記入ください。

平成　　年　　月　　日

保険医療機関の所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

保険医療機関の所在地及び名称・電話番号・開設者氏名をご記入ください。

保険者番号	県番号		医療機関コード
保険者番号をご記入ください。	1	1	医療機関コードをご記入ください。

表	別
医・科	1

国民健康保険

				給付割	療養の給付 件数	療養の給付 診療実日数	療養の給付 点数	療養の給付 一部負担金	食事療養・生活療養 件数	食事療養・生活療養 回数	食事療養・生活療養 金額	食事療養・生活療養 標準負担額
一般・低所得	一般（七〇歳以上九割）	請求	入院	~~9~~ 8				円			円	円
			入院外	~~9~~ 8								
		※決定	入院	~~9~~ 8								
			入院外	~~9~~ 8								
	一般（七〇歳以上七割）	請求	入院	7								
			入院外	7								
		※決定	入院	7								
			入院外	7								
	一般被保険者	請求	入院	7								
			入院外	7								
		※決定	入院	7								
			入院外	7								
六歳	一般（三歳未満）	請求	入院	8								
			入院外	8								
		※決定	入院	8								
			入院外	8								
	退職（本人）	請求	入院	7								
			入院外	7								
		※決定	入院	7								
			入院外	7								
	退職（七〇歳以上九割）	請求	入院	9								
			入院外	9								
		※決定	入院	9								
			入院外	9								
	退職（七〇歳以上七割）	請求	入院	7								
			入院外	7								
		※決定	入院	7								
			入院外	7								
	退職（被扶養者）	請求	入院	7								
			入院外	7								
		※決定	入院	7								
			入院外	7								
六歳	退職（三歳未満）	請求	入院	8								
			入院外	8								
		※決定	入院	8								
			入院外	8								

（注意）※印の欄は記入しないでください。