

ふ 医 第 323 号

平成24年7月26日

各 医 療 機 関 様

ふじみ野市長 高 畑 博

(公 印 省 略)

福祉3医療費助成事業の請求事務変更について (通知)

日ごろ、福祉医療助成事業につきましては、格別のご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

現在、こども医療費・ひとり親家庭等医療費・重度心身障害者医療費の3医療費助成につきまして各医療機関等でご協力を頂いているところでございますが、平成24年10月診療分(11月請求分)から医療費の請求方法等が次のように変更となります。

一点目として、一部負担金の請求方法が市町への直接請求から社会保険診療報酬支払基金埼玉支部または埼玉県国民健康保険団体連合会を通じての請求に変更となります。

二点目として、こども医療費の現物給付対象者が拡大され、中学校修了までとなり受給者全員の窓口払いがなくなります。

このことにつきまして、「医療費請求事務の変更手引」^①「富士見市・ふじみ野市・三芳町 医療費助成事業に係るレセプト記載事例」^②「医療費請求事務についての問答集」^③をお送りいたします。また、ご不明な点がある場合は、下記のとおり説明会を開催しますので、ご出席くださいますようお願い申し上げます。

記

- 1 日 時 平成24年8月20日(月)午後1時から(受付は午後12時30分から)
- 2 会 場 ふじみ野市役所 本庁舎 5階 大会議室
- 3 内 容 ・受給資格証の変更について
・社会保険診療報酬支払基金埼玉支部及び埼玉県国民健康保険団体連合会への請求について(基金及び国保連合会職員が説明します)
・その他

※お手数をおかけしますが準備の都合がありますので、8/6(月)までに裏面の説明会出欠票によりFAX(049-261-3840)にて、ご回答くださいますようお願いいたします。

問合せ先 ふじみ野市医療福祉課医療係

Tel 049-262-9041 (直通)

平成24年10月1日施行

医療費請求事務の変更手引

こども医療費支給制度

ひとり親家庭等医療費支給制度

重度心身障害者医療費支給制度

<目 次>

公費負担医療制度の導入

【1】目的・・・・・・・・・・・・・・・・	3
【2】簡略化の方法・・・・・・・・・・	3
【3】対象医療制度・・・・・・・・・・	3
【4】対象医療機関・・・・・・・・・・	3
【5】公費負担医療制度による請求方法について・・・・・・・・	3
【6】レセプトについて・・・・・・・・	3
【7】公費負担医療制度の番号・・・・・・・・・・	4
【8】公費負担医療の優先順位・・・・・・・・・・	4
【9】受診および請求手続きの比較・・・・・・・・・・	4
【10】導入時期・・・・・・・・・・	5
【11】受給資格・・・・・・・・・・	5
(1) 資格の確認方法	
(2) 受給資格証	
(3) 受診時の確認事項	
【12】受給資格証の取り扱い・・・・・・・・・・	5
(1) 受給資格証を忘れて受診した場合	
(2) 受給資格喪失の確認	
【13】食事療養標準負担額・生活療養標準負担額・・・・・・・・	7
【14】限度額適用認定証・・・・・・・・・・	7
【15】第三者行為・・・・・・・・・・	7
【16】日本スポーツ振興センター災害共済給付制度・・・・・・・・	7
【17】重度心身障害者医療費の取り扱いの特例・・・・・・・・	7
平成24年9月30日までの診療分における請求事務手続き	8

<資 料>

受給資格証見本

公費負担医療制度の導入

【1】 目的

富士見市・ふじみ野市・三芳町の医療費助成制度における受診及び請求手続きを簡略化し、受給資格者と医療関係機関の手続きにかかる負担を軽減する。

【2】 簡略化の方法

現行の診療報酬請求書を廃止し、公費負担医療制度を導入して、市町単独で助成している医療費を公費負担医療扱いとする方法。

【3】 対象医療制度

富士見市・ふじみ野市・三芳町の

- ・ こども医療費支給制度
- ・ ひとり親家庭等医療費支給制度
- ・ 重度心身障害者医療費支給制度

【4】 対象医療機関

富士見市・ふじみ野市・三芳町管内の、医科、歯科、保険薬局、訪問看護事業者

【5】 公費負担医療制度による請求方法について

小児慢性特定疾患、特定疾患などのように、それぞれの医療費助成制度に設定された公費負担者番号と、患者個別の受給者番号をレセプトに記載して、支払基金または国保連合会に医療費を請求し、その支払いを受ける方法。

【6】 レセプトについて

公費併用レセプトとして使用

①一般レセプト

医療機関から保険者に、各健康保険法に規定された医療費の保険者負担分を請求する、診療報酬の明細書。

②公費併用レセプト

各健康保険法に規定された医療費の患者一部負担金を、保険者負担分と併せて請求するため、公費負担者番号と受給者番号を記載した、診療報酬の明細書。

【7】公費負担医療制度の番号

・公費負担者番号（制度別番号） 8桁

	こども医療費	重度心身障害者医療費	ひとり親家庭等医療費
富士見市	81.11.035.5	82.11.035.4	83.11.035.3
ふじみ野市	81.11.036.3	82.11.036.2	83.11.036.1
三芳町	81.11.042.1	82.11.042.0	83.11.042.9

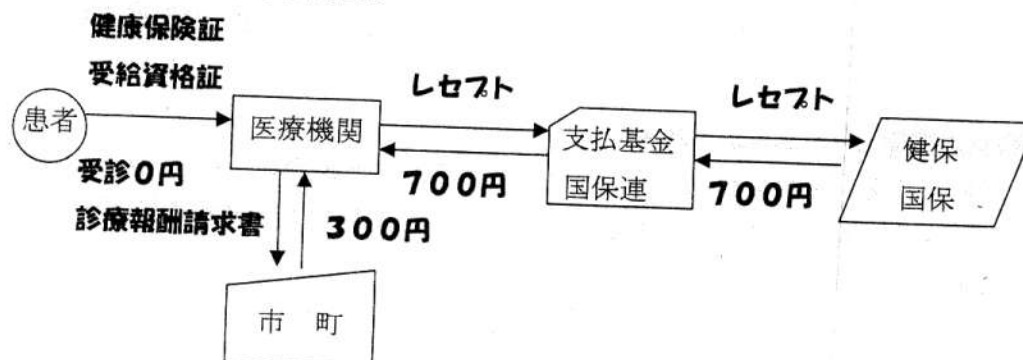
・受給者番号（患者別番号） 7桁
個人ごとの番号（検証番号付き）

【8】公費負担医療の優先順位

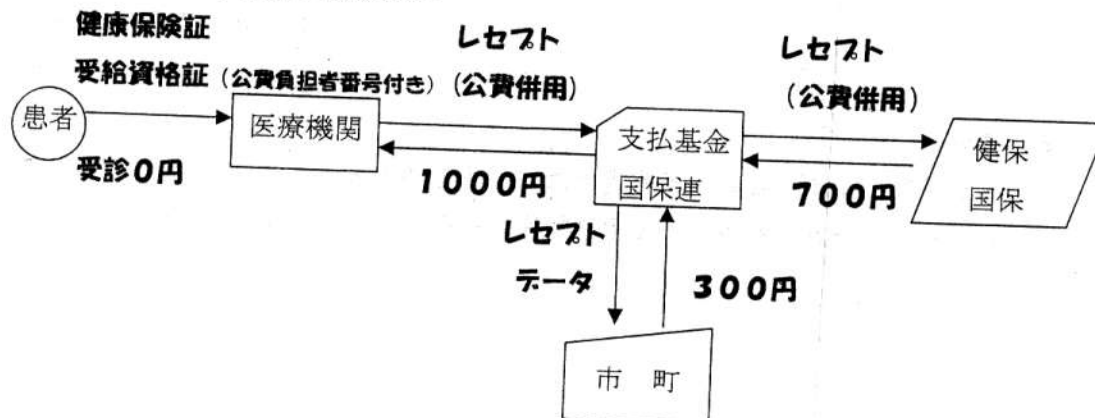
公費負担医療には、国における制度で公費負担者番号を持つ制度が20以上あります。市町の単独公費医療よりも、国や県の公費医療制度が優先されます。市町公費は、最終的に患者が負担する、各健康保険法で規定された一部負担金を助成対象の基本としています。

【9】受診および請求手続きの比較（例：総医療費1,000円の場合）

<現行の診療報酬請求書方式>



<10月からの公費負担医療方式>



【10】導入時期

平成24年10月1日診療分から。

※現行の診療報酬請求書は、平成24年9月30日の24時00分前までに始めた診療分まで。

※公費負担医療は、平成24年10月1日0時00分ちょうど以降から始めた診療分から。

【11】受給資格

(1) 資格の確認方法

- ・受給資格証の目視
- ・市町への電話確認

※富士見市・ふじみ野市・三芳町福祉医療担当の電話番号は
「医療費請求事務についての問答集」最終ページのとおりに

(2) 受給資格証

本書最終ページのとおりに

(3) 受診時の確認事項

①健康保険証

②国等の公費医療証、各健康保険の高齢受給者証など

③受給資格証

- ・公費負担者番号…制度別番号 富士見市・ふじみ野市・三芳町ごとに異なります。
- ・受給者番号…受給資格者ごとに異なります。
- ・受給者等氏名…健康保険証との照合をお願いします。
- ・受給者等生年月日…健康保険証との照合をお願いします。
- ・受給者等住所…健康保険証との照合をお願いします。
- ・有効期間

※重度心身障害者医療費について、受給者証が白色の場合は、従来どおり窓口払いをお願いします。

【12】受給資格証の取り扱い

(1) 受給資格証を忘れて受診した場合

《基本》

国などの公費負担医療の一般的な取り扱いに準じます。

- ① 医療機関で自己負担金を徴収します。
- ② 診療月内に患者が受給資格証を持参し、資格が確認できた場合は、医療機関の窓口から患者に返金します。
- ③ 診療月の翌月以降に患者が受給資格証を持参した場合は、医療機関の窓口で返金せず、各市町へ請求するようお願いください。

<事例1>

同一診療月のなかで、同一患者が、10月10日に受給資格証を忘れて受診、10月23日に受給資格証を持参して受診した場合

⇒原則は本書5ページ《基本》のとおりですが、次のような取り扱いも考えられます。

- ① 患者の住所地を管轄する市町に、公費負担者番号と受給者番号を電話で確認する。

※デメリット〔医療機関や市町の窓口が混雑しているとき、すぐに必要事項の確認ができない。〕

- ② 10月10日受診時に医療費を徴収した場合は、医療機関から患者に返金し、全額公費として10月23日受診分も含め請求する。

※デメリット〔受診時に一般でレセプト入力をし、公費が判明した時点で返金とレセプトの訂正が必要〕

<事例2>

同一診療月のなかで、10月10日に受給資格証を持参して受診、10月23日に受給資格証を忘れて受診した場合

⇒原則は本書5ページ《基本》のとおりですが、10月10日に受給資格を確認していますので、10月23日受診分も公費扱いで請求し、医療費の窓口徴収は行いません。ただし、10月23日現在も状況に変更がないか、各市町に確認していただきますようお願いします。

(2) 受給資格喪失の確認

<事例>

同一診療月のなかで、10月10日に受給資格証を持参して受診、10月15日に資格喪失したものの、患者が有効期限未到来の受給資格証を返還せず、また、患者が医療機関の窓口で資格喪失の申し出をせずに10月23日に受診した場合

⇒患者が資格喪失の申し出をせずに受診したり、資格喪失をしているのにもかかわらず、有効期限未到来の受給資格証を提示して受診した場合、医療機関では資格喪失を確認することができないため、公費扱いの請求をせざるを得ません。

【13】 食事療養標準負担額・生活療養標準負担額

いずれも助成対象外となります。

例外 富士見市重度心身障害者医療費については、非課税世帯に属し、かつ標準負担額減額認定証を使用した者に限り、食事療養標準負担額を支給対象としています。ただし、その請求は支払基金・国保連合会では対応しないので、従来どおり直接富士見市への請求方法でお願いします。

【14】 限度額適用認定証

医療費が高額になるような場合（入院等）は、各健康保険に限度額適用認定証の申請をするようご案内ください。

【15】 第三者行為

保険者において保険診療が認められた場合でも、福祉3医療の助成制度は適用できませんので、医療費の徴収をお願いします。

【16】 日本スポーツ振興センター災害共済給付制度

保育所、幼稚園、学校等における疾病、ケガの場合は、福祉3医療の受給資格証は使えません。学校等から患者が受け取る「所定の用紙」により診察してください。

【17】 重度心身障害者医療費の取り扱いの特例

＜入院・通院・歯科・調剤の場合＞

社会保険加入者の場合

◎限度額適用認定証を使用する場合は、支払基金に請求せず、従来どおり診療報酬請求書で、直接市町へ請求をお願いします。

- ・通常の入院、通院、調剤等で支払いが高額になる場合は、なるべく限度額適用認定証を使用するように伝えてください。（多数該当も含みます。）
- ・請求は、従来どおり毎月10日（10日が閉庁日の場合は翌開庁日）、支払日は、従来どおり各市町の支払日となります。
- ・支給決定通知書についても、各市町より送付いたします。

国保・他国保組合加入者の場合

◎限度額適用認定証を使用する場合、しない場合を問わず、国保連合会に請求してください。ただし、なるべく限度額適用認定証を使用するように伝えてください。（多数該当も含みます。）

例外 富士見市重度心身障害者医療費については、食事療養標準負担額の支給対象となる場合は、国保連合会を通さず、従来どおり診療報酬請求書で富士

見市に請求をお願いします。

＜マル長の調剤分＞

社会保険・他国保組合加入者の場合

- ・従来どおり、受給者証は使用せず、ご本人からの窓口払いをお願いします。
よって、82重度医療の公費負担者番号を入れず、通常の一般レセプトにて請求をお願いします。
(ご本人お支払い分は、加入の健康保険より高額療養費として支給されます。)

国保加入者の場合

- ・＜富士見市、ふじみ野市の受給者＞
→従来どおり、10,000円または20,000円までの金額は窓口支払いなしでお願いします。
- ・＜三芳町の受給者＞
→従来どおり、国保加入者においても、窓口払いをお願いします。

※社会保険・他国保組合の加入者で高額療養費が発生しそうな場合には、引き続き保険者や市町へお問い合わせいただきますようよろしくお願いいたします。

平成24年9月30日までの診療分における請求事務手続き

こども医療費支給制度（旧乳幼児医療費支給制度）、ひとり親家庭等医療費支給制度、重度心身障害者医療費支給制度についての、平成24年9月30日までにを行った診療分の請求は、次のような取り扱いとなります。

診療報酬請求書提出期日（9月診療分）・・・・平成24年10月10日

医療費振込み日（9月診療分）・・・・平成24年11月

(15日ふじみ野市、26日富士見市・三芳町)

請求方法・・・従来の診療報酬請求書を使用

請求先・・・従来どおり、各市町

《重要》請求期日より遅れた場合

- ・（社保）診療月の翌月の1日から3年以内が請求期限
- ・（国保）診療月の翌々月の1日から3年以内が請求期限

- ・ 請求は従来 of 診療報酬請求書を使用
- ・ 請求先は従来どおり、各市町
- ・ 平成24年9月30日を含む以前の医療費を、平成24年10月1日以降に
請求される場合は、公費併用レセプト請求の対象となりません。

富士見市 ふじみ野市 三芳町
医療費助成事業に係る
レセプト記載事例

《全合医調図》

表調帳調図【1冊調帳調図】
表調帳調図【2冊調帳調図】
表調帳調図【3冊調帳調図】
表調帳調図【4冊調帳調図】
表調帳調図【5冊調帳調図】
表調帳調図【6冊調帳調図】
表調帳調図【7冊調帳調図】
表調帳調図【8冊調帳調図】
表調帳調図【9冊調帳調図】
表調帳調図【10冊調帳調図】

平成 24 年 10 月

社会保険診療報酬支払基金埼玉支部
埼玉県国民健康保険団体連合会

目 次

《支払基金》

こども医療費に係る請求書の作成について	ページ
富士見市こども医療費に係るレセプトの作成について	1
ふじみ野市こども医療費に係るレセプトの作成について	2
三芳町こども医療費に係るレセプトの作成について	3
【事例1-1】自治体医療で受診した場合の取扱い(こども医療費)	4
【事例1-2】自治体医療で受診した場合の取扱い(こども医療費)	5
【事例1-3】自治体医療で処方を受けた場合の取扱い(こども医療費)	6
【事例2-1】自治体医療で受診した場合の取扱い(ひとり親家庭等医療費)	7
【事例2-2】自治体医療で受診した場合の取扱い(ひとり親家庭等医療費)	8
【事例2-3】自治体医療で処方を受けた場合の取扱い(ひとり親家庭等医療費)	9
【事例3】自治体医療で受診した場合の取扱い(入院)	10
【事例4-1】公費負担医療と自治体医療で受診した場合の取扱い(重度心身障害者医療費)	11
【事例4-2】公費負担医療と自治体医療で受診した場合の取扱い(重度心身障害者医療費)	12
【事例4-3】公費負担医療と自治体医療で処方を受けた場合の取扱い(重度心身障害者医療)	13
【事例5-1】月の途中において自治体医療の資格を喪失した場合の取扱い	14
【事例5-2】月の途中において自治体医療の資格を喪失した場合の取扱い	15
【事例5-3】月の途中において自治体医療の資格を喪失した場合の取扱い	16
	17

《国保連合会》

【医科記載例1】医科総括表	18
【医科記載例2】医科請求書	19
【歯科記載例1】歯科総括表	20
【歯科記載例2】歯科請求書	21
【調剤記載例1】調剤総括表	22
【調剤記載例2】調剤請求書	23
【訪問看護記載例1】訪問看護総括表	24
【訪問看護記載例2】訪問看護請求書	25

富士見市子ども医療費に係るレセプトの作成について

【健康保険組合の被扶養者で子ども医療費の場合】

* 窓口で提示された「健康保険被保険者証」及び「子ども医療費受給資格証」に基づいて
レセプトへ保険者番号等を記載してください。

(従前からある国の公費負担医療に係る併用レセプトの作成方法と同様です。)

子ども医療費受給資格証	
公費負担者番号	81110355
受給者番号	1234567
資格者	氏名
	住 公費負担者番号①へ
対象者	氏名
	生年月日
有効期間	
市町村長名	

健康保険被保険者証	
保険者番号	06119999
記号番号	12・345
氏名	
住所	
資格取得年月日	
健康保険組合名	

(注)国の公費負担医療がある場合は
公費②欄への記載となります。

診療報酬明細書(医科入院外)		平成 年 月 分	県番	医療機関コード	医科	1 社	2 併	4 六外
			11	000,000,0				
公費負担者番号①	81 11 035 5	公費負担医療の受給者番号①	123 456 7	保険者番号	06	11	999	9
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②		記号・番号	12・345			
氏名	1男 2女 平成 生	特記事項	保険医療機関の所在地及び名称					
職務上の事由			床					

(以下略)

【事例1-1】

自治体医療で受診した場合の取扱い(こども医療費)

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

平成 24 年 10 月分

11

000,000,0

1 ① 社・国	3 後 期	1 単 独	2 本 外	8 高 外
医 科	2 公 費	② 2 併	④ 六 外	0 高 外 7
		3 3 併	6 家 外	
保 険 者	0 6	1 1	9 9	9 9
番 号				

公費負担者番号 ①	8 1	1 1	0 3	5 5	公費負担医療の受給者番号①	1 2	3 4	5 6	7
公費負担者番号 ②					公費負担医療の受給者番号②				

被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号	12・345
-------------------------	--------

氏 名	〇〇 〇〇	特 記 事 項	
性別	①男 ②女	1 明 2 大 3 昭 ④平	20.1.1 生
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害		

保険医
療機関
の所在
地及び
名 称

埼玉県(富士見市・ふじみ野市・三芳町)

〇〇医院

(床)

傷 病 名	(1) 〇〇〇	診 療 開 始 日	(1) 23 年 2 月 14 日	転 入 日	治 癒 日	死 亡 日	中 止 日	診 療 実 日 数	保 険 費 ① 公 費 ②	4 日
	(2)		年 月 日							日
	(3)		年 月 日							日

1 1 初 診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数
1 2 再 診	70 × 4	回	280	
再 診	外来管理加算	×	回	
診 時 間	外	×	回	
休 日	×	回		
深 夜	×	回		

1 3 医学管理	
1 4 往 診	回
在 夜 間	回
深 夜・緊急	回
在宅患者訪問診療	回
そ の 他	
薬 剤	

2 0 投 薬	21 内 服 薬 剤	×	単 位
	22 屯 服 薬 剤	×	回
	23 外 用 薬 剤	×	単 位
	25 処 方 方	×	回
	26 麻 毒 基	×	回
	27 調		回

3 0 注 射	31 皮下筋肉内	4	回
	32 静 脈 内		回
	33 そ の 他		回

4 0 処 置	2	回
薬 剤		

5 0 手 術	回
麻 酔 薬 剤	

6 0 検 査	1	回
理 療 薬 剤		

7 0 画 像	回
診 断 薬 剤	

8 0 処 方	回
せん 薬 剤	

そ の 他	
薬 剤	

【事例】こども医療費で受診した場合

1. 2者併用での請求

- (1) 医療保険(06)
- (2) こども医療費(81)

実日数4日：請求点数 2,000点

* 医療保険とこども医療費の併用レセプトで請求します。

2. 各医療費の請求(負担)金額

- (1) 医療保険(06)
2,000点×8 = 16,000円
- (2) こども医療費(81)(現物給付)
2,000点×2 = 4,000円
- (3) 患者負担
0円

※富士見市こども医療の事例です。

療 保	請 求 点	決 定 点	一部負担金額	円
養 險	2,000			
の 公	点	※	減額 割(円)免除・支払猶予	円
給 費 ①				
付 費 ②	点	※	円 ※ 高額療養費 円 ※ 公費負担点数 点 ※ 公費負担点数 点	

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
2. ※印の欄は、記入しないこと。

【事例2-1】

自治体医療で受診した場合の取扱い(ひとり親家庭等医療費)

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 ①社・国 医科	3 後期 2 公費	4 退職	1 単独 ②2 併 3 3 併	2 本外 4 六外 6 家外	8 高外一 0 高外7
平成 24 年 10 月 分		11	000,000,0	0	6	1	1	9	9
公費負担者番号 ①		8	3	1	1	0	3	6	1
公費負担者番号 ②									
公費負担医療の受給者番号①		1	2	3	4	5	6	7	
公費負担医療の受給者番号②									
被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号		12・345							
氏名		〇〇 〇〇							
性別・年齢		1 男 2 女 1 明 2 大 3 昭 4 平 50 . 1 . 1 生							
職務上の事由		1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害							
特記事項		保険医療機関の所在地及び名称 埼玉県(富士見市・ふじみ野市・三芳町) 〇〇医院							
傷病名		(1) 〇〇〇		(2)		(3)			
診療開始日		(1) 23 年 2 月 14 日		(2) 年 月 日		(3) 年 月 日			
診療終了日		4 日		日		日			
診療回数		4 日		日		日			
初診		70		×		4		回	
再診		280		×				回	
外来管理加算		×		×		×		回	
時間外		×		×		×		回	
休日		×		×		×		回	
深夜		×		×		×		回	
医学管理		1 3		1 4		1 4		回	
往診		回		回		回		回	
夜間		回		回		回		回	
深夜・緊急		回		回		回		回	
在宅患者訪問診療		回		回		回		回	
その他		回		回		回		回	
在宅		回		回		回		回	
薬剤		回		回		回		回	
20 投		回		回		回		回	
21 内服薬		回		回		回		回	
22 外用薬		回		回		回		回	
23 外用薬		回		回		回		回	
24 処方		回		回		回		回	
25 処方		回		回		回		回	
26 処方		回		回		回		回	
27 調剤		回		回		回		回	
30 注射		回		回		回		回	
31 皮下筋肉内		回		回		回		回	
32 静脈内		回		回		回		回	
33 その他		回		回		回		回	
40 処置		回		回		回		回	
50 手術		回		回		回		回	
60 検査		回		回		回		回	
70 画像		回		回		回		回	
80 その他		回		回		回		回	
請求点数		2,000		2,000		2,000		2,000	
決定点数		2,000		2,000		2,000		2,000	
一部負担金額		1,000		1,000		1,000		1,000	
減額(円)免除・支払猶予		1,000		1,000		1,000		1,000	
高額療養費		円		円		円		円	
公費負担点数		点		点		点		点	
公費負担点数		点		点		点		点	

【事例】ひとり親家庭等医療費で受診した場合

1. 2者併用での請求

- (1) 医療保険(06)
 - (2) ひとり親家庭等医療費(83)
- 実日数4日：請求点数 2,000点

* 医療保険とひとり親家庭等医療費の併用レセプトで請求します。

2. 各医療費の請求(負担)金額

- (1) 医療保険(06)
2,000点×7 = 14,000円
- (2) ひとり親家庭等医療費(83)(現物給付)
2,000点×3-1,000円(自己負担額) = 5,000円
- (3) 患者負担
1,000円

※ふじみ野市ひとり親家庭等医療の事例です。

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
2. ※印の欄は、記入しないこと。

【事例3】

自治体医療で受診した場合の取扱い(入院)

○診療報酬明細書
(医科入院)

平成24年10月分

都道府
県番号
11

医療機関コード

000,000,0

1 1 社・国	3 後期	1 単独	1 本入	7 高入
医 科	2 公費	4 退職	3 3 併	5 六入
			3 3 併	5 六入
			3 3 併	5 六入

公費負担者番号①	8	1	1	1	0	4	2	1	公費負担医療の受給者番号①	1	2	3	4	5	6	7
公費負担者番号②									公費負担医療の受給者番号②							

保険者番号	0	6	1	1	9	9	9	9	給付割合	10	9	8
										7	()	

被保険者証・被保険者
手帳等の記号・番号

12・345

区分	精神	結核	療養	特記事項
氏名	〇〇	〇〇		
性別	1男	2女	1男	2大
年齢	3昭	4平	20	1
職業上の事由	1職務上	2下船後3月以内	3通勤災害	

保険医
療機関
の所在
地及び
名称

埼玉県(富士見市・ふじみ野市・三芳町)

〇〇病院

傷病名	(1) 〇〇〇	診療開始日	(1) 22 年 2月 14日	転	治ゆ	死亡	中止	診療日数	30 日
	(2) ×××	診療開始日	(2) 22 年 2月 27日					診療日数①	日
	(3)	診療開始日	(3) 年 月 日					診療日数②	日

11 初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数
13 医学管理			305	
14 在宅				

20 投薬	21 内服	単位	2201
	22 外用	単位	
	23 外用	単位	145
	24 調剤	日	168
	26 麻薬	日	18
	27 調剤	日	42

30 注射	31 皮下筋肉内	回	
	32 静脈内	回	
	33 その他	回	

40 処置	薬	剤	回	3120
-------	---	---	---	------

50 手術	薬	剤	回	66870
-------	---	---	---	-------

60 検査	薬	剤	回	8210
-------	---	---	---	------

70 画像診断	薬	剤	回	2560
---------	---	---	---	------

80 その他	薬	剤		1220
--------	---	---	--	------

90 入院	入院年月日	年	月	日
-------	-------	---	---	---

90 入院	病	診	90 入院基本料・加算	点
			×	日限 2138
			×	日限 26754
			×	日限 7048
			×	日限 2082
			×	日限 10543

92 特定入院料・その他

※三芳町子ども医療の事例です。

【事例】子ども医療費で受診した場合

1. 2者併用での請求

(1) 医療保険(06)

(2) 子ども医療費(81)

実日数30日:請求点数 133,424点

* 医療保険と子ども医療費の併用レセプトで請求します。

2. 各医療費の請求(負担)金額

★療養の給付

(1) 医療保険(06)

133,424点×8 = 1,067,392円(8割部分) …①

133,424点×2-90,772円= 176,076円(高額療養費) …②

①+②=1,243,468円

(2) 子ども医療費(81)(現物給付)<公費給付限度額までの給付>

80,100円+(1,334,240円-267,000円)×0.01

= 90,772円

(3) 患者負担

0円

★食事療養費

(1) 医療保険(06)

57,600円(基準額)-23,400円(標準負担額)

=34,200円

(2) 子ども医療費(81)(食事療養については助成対象外)

0円

療養費の給付	請求点	決定点	負担金額 円	療養費の給付	請求点	決定点	負担金額 円
医療保険	133,424			医療保険	90		57,600
公費①				公費①	0		0
公費②				公費②			

食事療養費については子ども医療の助成対象外であるため、
食事回数・金額欄はすべて「0」を記載してください。

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

2. ※印の欄は、記入しないこと。

【事例4-1】

公費負担医療と自治体医療で受診した場合の取扱い(重度心身障害者医療費)

診療報酬明細書 (医科入院外)		都道府県番号 11	医療機関コード 000,000,0	1 ① 社・国 2 公費 3 後期 4 退職 5 単独 6 併 7 併 8 本外 9 六外 10 家外 11 高外7 12 高外1
平成24年10月分		保険者番号 06119999		
公費負担者番号① 52116019		公費負担医療の受給者番号① 7654321		
公費負担者番号② 82110420		公費負担医療の受給者番号② 1234567		
被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号 12・345				
氏名 〇〇 〇〇		特記事項 保険医療機関の所在地及び名称 埼玉県(富士見市・ふじみ野市・三芳町) 〇〇医院		
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) 〇〇〇 (2) ××× (3)		診療開始日 (1) 23年2月14日 (2) 23年3月3日 (3) 年 月 日		
11 初診 時間外・休日・深夜 回 点 公費点数① 12 再診 70 × 4 回 280 140 再 外来管理加算 × 時 間 外 × 診 休 日 × 深 夜 ×		診療日数 4日 2日 4日		
13 医学管理 14 往診 夜間 深夜・緊急 在宅患者訪問診療 在宅 20 投薬 21 内服薬 薬剤 × 22 外用薬 薬剤 × 23 処方 薬剤 × 24 麻酔 薬剤 × 25 調剤 薬剤 × 26 調剤 薬剤 × 27 調剤 薬剤 ×		【事例】公費負担医療と重度心身障害者医療費を併せて受診した場合 (4日のうち2日は小児慢性分の場合) 1. 3者併用での請求 (1) 医療保険(06) 実日数4日:請求点数 2,000点 (2) 公費負担医療(52)(小児慢性) 実日数2日:請求点数 1,660点 患者負担額 2,750円 (3) 重度心身障害者医療費(82) 実日数4日:請求点数 2,000点 * 公費負担医療(小児慢性)があるため、重度心身障害者医療費と併せて、 2. 各医療費の請求(負担)金額 (1) 医療保険(06) 2,000点 × 8 = 16,000円 (2) 公費負担医療(小児慢性)(52) 1,660点 × 2 - 2,750円(公費自己負担額) = 570円 (3) 重度心身障害者医療費(82)(現物給付) 340点(医療保険点数 - 公費点数) × 2 + 2,750円(公費自己負担額) = 3,430円 (4) 患者負担 0円		
30 注射 31 皮下筋肉内 32 静脈内 33 その他 40 処置 薬剤 50 手術 薬剤 60 検査 薬剤 70 画像診断 薬剤 80 処方せん 回 その他 薬剤		※三芳町重度心身障害者医療の事例です。		
療養費の給付 公費① 2,000点 公費② 1,660点 公費③ 2,000点		一部負担金額 円 減額 割(円)免除・支払猶予 円 円 高額療養費 円 公費負担点数 点 公費負担点数 点		

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
2. ※印の欄は、記入しないこと。

【事例5-1】

月の途中において自治体医療の資格を喪失した場合の取扱い

診療報酬明細書
(医科入院外)

平成24年10月分

都道府
県番号

医療機関コード

11

000,000,0

1 ①社・国	3 後期	1 単独	2 本外	8 高外一
医科	2 公費	4 退職	②2 併	④六外
			3 3 併	6 家外
保険者 番号	0 6	1 1	9 9 9 9	10 9 8
				7 ()

被保険者証・被保険者
手帳等の記号・番号 12・345

公費負担者番号①	8	1	1	1	0	3	6	3	公費負担医療の受給者番号①	1	2	3	4	5	6	7
公費負担者番号②									公費負担医療の受給者番号②							

氏名 ○○ ○○
1男(2女) 1明 2大 3昭 4平 20.1.1生
職務上の事由 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害

特記事項

保険医
療機関
の所在
地及び
名称

埼玉県(富士見市・ふじみ野市・三芳町)

○○医院

傷病名	(1) ○○○○ (2) (3)	診療開始日	(1) 23 年 2月 14日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日	転	治癒	死亡	中止	診療日数	4 日 2 日 日
-----	------------------------	-------	---	---	----	----	----	------	-----------------

1 1	初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数①
1 2	再診	70 × 4	回	280	140
再診	外来管理加算	×	回		
	時間外	×	回		
	休日	×	回		
	深夜	×	回		

1 3	医学管理				
1 4	往診		回		
	夜間		回		
	深夜・緊急		回		
	在宅患者訪問診療		回		
	その他				
	薬剤				

2 0	21 内服薬調剤	×	単位	回	
	22 屯服薬調剤		単位	回	
	23 外用薬調剤		単位	回	
	25 処方	×	回		
	26 麻毒	×	回		
	27 調基		回		

3 0	31 皮下筋肉内		回		
	32 静脈内		回		
	33 その他		回		

4 0	処置	2	回	1500	
-----	----	---	---	------	--

5 0	手術		回		
	麻酔				
	薬剤				

6 0	検査	1	回	220	
	理				
	薬剤				

7 0	画像診断		回		
	薬剤				

8 0	処方せん		回		
	その他				
	薬剤				

【事例】10月受診の3日目に資格喪失した場合

1. 2者併用の異点数での請求

(1) 医療保険(06)

実日数4日:請求点数 2,000点

(2) こども医療費(81)

実日数2日:請求点数 860点

*2日分については、こども医療費の資格喪失後受診のため、医療保険単独分(こども医療費の請求なし)として、併用レセプトの異点数で請求します。

このため、医療保険単独分に係る一部負担金額については、患者が医療機関窓口で支払います。

2. 各医療費の請求(負担)金額

(1) 医療保険(06)

2,000点×8 = 16,000円

(2) こども医療費(81)(現物給付)

860点×2 = 1,720円

(3) 患者負担

1,140点(医療保険-こども医療費)×2 = 2,280円

※ふじみ野市こども医療の事例です。

療保	請求点	※決定点	一部負担金額	円
費	2,000			
の			減額 割(P)免除・支払額予	円
公	点	点		
費	860			
給	点	点		
付			円 ※高額療養費 円 ※公費負担点数 点 ※公費負担点数 点	
費				

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

2. ※印の欄は、記入しないこと。

平成 年 月分 国民健康保険・退職者医療・後期高齢者医療及び公費総括表
医科(病院及び有床診療所用)

保 険 者 名 等 公 費 名 等	区 分	請 求						請求額払の金額	
		療養の給付			食事療養・生活療養				
		件数	日数	点 数	件数	回数	金 額		
後期高齢者医療	入								
	外								
退職者医療	入								
	外								
	入								
	外								
	入								
	外								
	入								
	外								
	入								
	外								
国 保 計	入								
	外								
原爆医療費(19)	入								
	外								
公 費 計	入								
	外								
こども医療費(81)	入								
	外								
重度心身障害者医療費(82)	入								
	外								
ひとり親家庭等医療費(83)	入								
	外								
合 計	入								
	外								
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		
				81:こども医療費助成事業 82:重度心身障害者医療費支給事業 83:ひとり親家庭等医療費支給事業					

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。						
件						

↑
1書・2簡・3配・4宅

診療報酬請求書(2枚目)

保険者番号	県番号	医療機関コード
	1 1	

公費負担医療(再掲)

			療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養			
			件 数	診療実日数	点 数	一部負担金	件 数	回 数	金 額	標準負担額 (公費分)
19:	請求	入 院				円			円	円
原傷医療費		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

公費負担医療の空白行に請求件数等を
法別番号ごとに記載します。

81:こども医療費
82:重度心身障害者医療費
83:ひとり親家庭等医療費

※高額療養費	一般被保険者	件 数		退職者	件 数	
		金 額	円		金 額	円

注意 ※印の欄は記入しないで下さい。

特別療養費	件	日	点
-------	---	---	---

ふじみ野