診療（調剤）報酬請求の手引き

【医科・歯科・調剤・訪問看護療養費】

請求事務のQ&A

平成15年9月版

神奈川県国民健康保険団体連合会

はじめに

国民健康保険制度は、わが国の国民皆保険制度の中核として地域住民の医療と健康保持増進に重要な役割を果たしております。しかしながら長引く景気の低迷の中で、国民健康保険加入者は低所得者や高齢者を中心に増え続け、生活習慣病等の増加、医療技術の進歩などとあいまって医療費は年々増加し、国民健康保険の事業運営は一層の努力が求められております。

本会の診療報酬審査支払事業につきましては、日頃から神奈川県三師会並びに保険医療機関及び保険調剤薬局の皆様方からご協力をいただき、業務処理が円滑に処理できておりますことに対し厚くお礼申しあげます。

さて、本会が取り扱うレセプト受付件数は年々増加しておりますが、診療報酬の審査支払事務処理のより一層の機械化・効率化等に取り組んでおります。また、各保険医療機関の皆様方から適正なレセプトの提出をいただくことが審査支払の充実に不可欠な要素であると考えております。

こうしたことから、本会では毎年その時々の制度改正等の情報を網羅した「診療報酬請求の手引」を作成し、これを配布させていただいておるところですが、本年度は、保険医療機関等の皆様から請求方法について、お問い合わせをいただいた事例等を取り入れた手引書を作成することといたしました。

各保険医療機関等の皆様方には、本請求の手引を十分ご活用いただき、レセプト請求事務のお役に立てていただければ幸いです。

平成１５年９月

神奈川県国民健康保険団体連合会

《目　　次》

1. 国保連合会の診療報酬請求書の受付日程等について……1
①直接受付について……1
Ｑ１　診療報酬請求書等の提出先と受付方法は、どのような取扱で行われるのですか。
Ｑ２　受付の締切日は毎月何日ですか。
Ｑ３　受付締切日（10日）が土曜日、日曜日、祝祭日の場合、直接受付はおこなっていますか。
Ｑ４　連合会受付窓口に置いてある請求用紙等はどんなものが用意されているのですか。
Ｑ５　請求書等の受付はいつ頃から行っているのでしょうか。
Ｑ６　受付場所は国保会館のどこで行われているのですか。
Ｑ７　複数保険医療機関等をまとめて提出する場合はどのようにすればいいですか。
Ｑ８　直接受付で持込が午後５時を過ぎてしまう場合、受付してもらえますか。
Ｑ９　駐車場はありますか。
②郵送受付について……3
Ｑ１　郵送受付としての郵送及び宅配便での受付締切日はいつですか。
Ｑ２　10日以降に到着した請求書等はどのようになりますか。
Ｑ３　連合会に郵送等で送る場合、どのような注意が必要ですか。
Ｑ４　住所と送付先を教えてください。
Ｑ５　介護保険の請求分と一緒に送ってもよいのでしょうか。
Ｑ６　連合会にある請求関係用紙等を郵送で送っていただけないでしょうか。
Ｑ７　郵送時での受領書の控えはどのようになりますか。
Ｑ８　誤って支払基金への請求分を国保連合会に送付してしまった場合、取扱いはどうなりますか。
Ｑ９　磁気レセプトを送付する場合の注意はありますか。
③保険者受付について……5
Ｑ１　保険者受付をしている保険者はどこですか。
Ｑ２　保険者受付として磁気レセプト（ＦＤ・ＭＯ）の受付は、行っているのでしょうか。
Ｑ３　保険者受付の窓口でも請求諸用紙はもらえるのでしょうか。
Ｑ４　保険者受付最終日はいつになりますか。

Q５　横浜市、川崎市の場合、区役所での請求関係用紙の入手は可能ですか。

2. 国保診療（調剤）報酬請求書及び明細書の編綴方法について …… 10

①通常請求分の場合 …… 10

Q１　請求書関係の編綴はどのようにしたらいいのですか。

Q２　特別療養費（資格証明書世帯）の明細書はどのように提出すればいいのでしょうか。

Q３　横浜市、川崎市の請求はそれぞれ区ごとに綴じるのでしょうか。

Q４　保険者の編綴順はどうすればいいのですか。

Q５　月遅れ請求はどのようにして請求すればいいのでしょか。

Q６　一部請求遅延分や返戻分のレセプトの請求はどこに入れればいいのですか。

Q７　２ヶ月分（複数月）の請求をする場合の編綴はどうしたらいいのですか。

Q８　公費併用分はどこに入れて編綴すればいいのですか。

Q９　調剤薬局の処方箋添付レセプトはどうすればいいのですか。

Q10　退職者本人８割（平成15年３月分まで）と旧老人保健10割（平成14年９月分まで）の編綴方法はどのようにすればいいのでしょうか。

Q11　神奈川県内分と他県分はどのように編綴したらいいのでしょうか。

Q12　「在総診」「在医総」の請求は通常の請求書の中に含めて編綴していいのですか。

②月遅れ請求（返戻分等）がある場合 …… 11

Q１　月遅れ請求分や返戻分のレセプトはどこに入れて請求したらいいのですか。

Q２　返戻分を再請求する場合、新しいレセプトに印字したのですが、２枚の状態で請求してもいいですか。

Q３　複数月の請求がある場合どうしたらいいのですか。

③他県分保険者の場合 …… 11

Q１　他県分の保険者の場合の編綴はどうしたらいいですか。

④その他について …… 12

Q１　入院分と入院外の請求は別綴じにする必要はありますか。

Q２　厚紙をレセプトの一番下に入れなければいけないのですか。

Q３　福祉医療関係の請求書等の編綴はどうしたらいいでしょうか。

3.国保診療（調剤）報酬受付受領書(総括票)の記載について…… 14
Q１　総括票の保険者数の欄には何を書いたらいいのですか。
Q２　総括票をコンピュータで印字してもいいですか。
Q３　調剤薬局ですが、処方箋受付回数は、社保、国保の合算回数を記入するのですか。
Q４　月遅れ分の請求がある場合、２枚の総括票を作ったほうがいいのですか。
Q５　磁気レセプトの請求の総括票の件数等はどう記入すればいいのですか。また、保険者数は何を書いたらいいのですか。
Q６　特別療養費のレセプトがある場合に総括票にその枚数を入れるのですか。
4.診療（調剤）報酬請求書の記載について…… 16
①請求書の作成について…… 16
Q１　平成　年　月分診療報酬請求書とありますが、その中に月遅れ分や返戻分を入れてもかまいませんか。
Q２　横浜市と川崎市は区ごとに請求するのでしょうか。
Q３　保険者番号は保険者の名称で請求してもかまいませんか。
Q４　医療機関番号の変更があったのですが、その時の請求で気をつけなければいけない事がありますか。
Q５　電話にて請求書の印鑑漏れの指摘を受けました。どうなりますか。
Q６　請求書に捺印する印鑑は印影でもかまいませんか。
Q７　旧請求書が余っているのですが、使用してもいいですか。
Q８　請求書の色は決まっているのでしょうか。
Q９　請求書の診療科欄には、何をいれるのでしょうか。
Q10　寝たきり老人在宅総合診療料や在宅末期医療総合診療料を算定している時はどのように請求するのでしょうか。
Q11　特別療養費の請求の仕方はどうするのですか。
Q12　間違って請求書をもらってきてしまいました。医科の請求ですが、調剤の請求書を使用していいですか。
Q13　請求書様式の色は似たような色合いでいいですか。
Q14　請求書の数値を記入誤りしてしまいました。どう訂正したらよいですか。
②どの請求区分に集計するの？…… 18
Q１　請求書の各請求区分の集計方法を教えてください。
Q２　障害分の場合はどの区分に集計すればよいでしょうか。

Ｑ３　公費併用（乳児８１・ひとり親８５等）の場合の請求はどの区分に請求するのですか。
Ｑ４　国保組合（１４３０１６、１４３０２４、１４３０３２、１４３０４０、１４３０５７、１４３０６５）の請求方法を教えてください。
Ｑ５　乳幼児の請求方法はどうすればよいのでしょうか。
Ｑ６　他県被保険者等で給付がわからない時はどうすればよいのでしょうか。
Ｑ７　平成14年９月診療分までの老健の請求はどうするのでしょうか。
Ｑ８　老人保健の入院外の一部負担金を書く欄(請求書７６区分、７８区分)がありますが、書かなければならないでしょうか。
Ｑ９　３歳以上から７０歳未満の障害の場合
Q10　前期高齢者の障害の場合
Q11　全国土木（１３３０３３）と全国建設工事業（１３３２９８）の障害の場合
Q12　１３３０３３、１３３２９８の前期高齢者で障害の場合
Q13　退「本人」及び「家族」で前期高齢者の障害の場合
Q14　国保組合（県医師国保、～県建設連合）の障害の場合
Q15　国保組合の前期高齢者の障害の場合
③再掲欄の記載について…… 20
Ｑ１　法別４１、法別５１等の二つの公費をもっている時の再掲は、どう記載すればよいのでしょうか。
Ｑ２　老人保健で法別１９をもっている時は、どの欄に再掲すればいいのですか。
Ｑ３　再掲欄の点数、患者負担額の全てを記載しなくてはいけないのですか。
Ｑ４　再掲80欄には障害の全ての件数等を再掲するのですか?
5. レセプトの記載について…… 23
①給付割合等の記載について…… 23
Ｑ１　レセプトの各項目に何を記入したらよいのでしょうか。
Ｑ２　三歳未満の公費併用レセプトの給付割合の記載はどうなりますか。
Ｑ３　障害レセプトで公費番号がある場合とない場合の記載内容はどう違うのですか。
Ｑ４　公費併用分の給付割合はどうなりますか。
Ｑ５　公費４１の場合の給付割合はどうなりますか。

Q６　障害レセプトの給付割合はどうなりますか。
Q７　国保組合本人９割（神奈川県建設業国保組合）での前期高齢者のレセプトの給付割合はどうなりますか。
Q８　前期高齢者で障害レセプトの給付割合は何割になりますか。
Q９　老健の給付割合の記載は必要ですか。
Q10　国保組合の給付割合は何割と書けばいいのですか。
②「保険種別」及び「本人・家族区分」の表記について…… 24
Q１　国保組合本人で前期高齢者の場合の「本人・家族区分」の記載はどうなりますか。
Q２　退職者医療該当者「本人及び家族」の被保険者が前期高齢者になった場合「保険種別」と「本人・家族区分」はどのように記載しますか。
Q３　退職被保険者で公費「41」の場合「保険種別」と「本人・家族区分」はどう記載するのか。
Q４　老人保健の場合の「本人・家族区分」はどのような記載をすればいいのですか。
Q５　三歳未満児の場合の「本人・家族区分」はどう記載するのか。
③特記事項の記載について…… 25
Q１　特記事項に記載するコードとその事例はどのような場合があるのですか。また、その記載方法はどうすればいいのですか。
Q２　障害の場合で、特記事項に 80 と記載するレセプトと 8014～と公費負担者番号欄に記入する市町村の区別はどうなっていますか。
Q３　老人保健で原爆医療給付の併用の場合どうレセプトを書いたらいいのですか。
Q４　「在総診」あるいは「在医総」を算定したレセプトの場合の記載はどうなりますか。
Q５　老人保健で㊟の場合のレセプトの記載はどうなりますか。
Q６　高額長期疾病（老健を含む）の受療証を提示した場合にレセプトの記載はどうすればいいのですか。
④公費併用レセプトの記載方法について…… 27
Q１　公費併用のレセプトは何を注意してレセプトの記載をしたらいいのですか。
Q２　三者併用の場合のレセプトの記載はどうなりますか。
Q３　公費「51」と「41」がある場合の一部負担金の記載はどのようになりますか。

Q４　二つの公費負担者番号を持っている場合の公費の請求はどうすればいいのですか？また、優先順位があれば教えてください。
Q５　老人保健と公費併用レセプトの記載事例を教えてください。
Q６　月の途中から公費併用になった場合のレセプトの記載はどうなりますか。
Q７　10割給付該当者で公費負担が出る事例を教えてください。
Q８　神奈川県で請求できる公費とできないものの区別を教えてください。
Q９　小児医療（公費81）助成事業の各市町村の実施状況はどうなっていますか。
⑤その他のレセプト記載事例について …… 30
Q１　月途中で資格項目の変更があった場合の取扱はどのようにしたらいいのですか？
・　保険者番号の変更の場合
・　被保険者証の番号が変更の場合
・　保険種別の変更がある場合
・　老人保健で市町村番号あるいは受給者番号の変更があった場合
Q２　公費併用及び老人保健並びに前期高齢者で一部負担金の表記が必要な場合と必要ない場合の事例を教えてください。
Q３　（歯科）横浜市の5歳未満は10割ですが、公費81を持っている場合、どのような請求になりますか。
Q４　（歯科）画像フィルムをレセプトに添付したいのですが、どうしたらよいのですか？また、返却をしてもらえるのですか。
Q５　（歯科）公費 41 の場合で未来院のレセプトの記載はどうなりますか。
Q６　負担金が減額される患者の場合、それらの表示はどのようになりますか。
Q７　「減免」の患者さんの請求の仕方はどのようになりますか。
（調剤）また、調剤薬局では何か、レセプトに表示をしたりするのですか。
Q８　法人化により開設者が変更になりました。関係機関などへの届出はどのようにしたらいいですか。
Q９　診療報酬の払込先銀行が合併され名称が変更になりました。連合会への届出等は必要ですか。

Q10　先月提出したレセプトに請求漏れがありました。今月この不足分を追加請求できますか。
Q11　神奈川以外の保険者番号、給付割合などを確認したい時は、連合会のどの担当に電話したらいいのですか。
Q12　ＯＣＲエリアの打出しをする場合の対応はどうしたらいいのですか。
Q13　労災等で入院中の老健の患者で国保分の請求がある場合、レセプトの記載はどうしたらいいですか。
6. 診療報酬明細書の取り下げについて…… 39
Q１　レセプトの取り下げをしたいのですが、どのようにしたらいいのですか。
Q２　一度明細書を提出したが、請求漏れがあった場合、漏れ分の明細書を追加で請求してもよいのでしょうか。
Q３　電話での取り下げは依頼できますか。
Q４　取り下げによる診療報酬の取り扱いはどうなりますか。
Q５　取り下げの申し出をした場合、どの程度の期間で戻ってくるのでしょうか。
7. 診療報酬振込先及び請求書印鑑届について…… 41
Q１　診療報酬振込先及び請求書印鑑届は、どのような場合に作成提出するのですか。
Q２　診療報酬振込先及び請求書印鑑届について記入箇所は変更部分だけでよいのですか。
Q３　印鑑届の印鑑は実印ですか、それとも銀行印ですか。
Q４　印鑑届の記入欄に入りきらない場合はどうすればいいですか。
8. 資格証明書世帯のレセプト（特別療養費）の請求方法について…… 46
9. 老人医療（類似老健）[法別 41] の取扱市町村について …… 47
10. 小児医療助成事業実施状況について…… 50
（平成 15 年 4 月 1 日現在）
11. 重度障害者医療制度実施市町村について…… 51
（平成 15 年 4 月 1 日現在）
12. 神奈川県国保保険者給付割合一覧…… 52
（平成 15 年 4 月 1 日現在）
13. レセプト電算（磁気レセプト）請求の取扱い…… 53
Q１　レセプト電算移行に伴う問い合わせ等は、国保連合会のどちらの担当の方に問い合わせしたらいいのでしょうか。

Q２　磁気レセプトを国保連合会に直接持参する場合、どのように提出すればよいのでしょうか。
Q３　郵送で磁気レセプトを国保連合会に郵送する場合、どのように送ればいいのでしょうか。
Q４　磁気レセプトの受付はどこの保険者でも行っているのでしょうか。
Q５　磁気レセプトによる請求に対する請求書（若草色用紙）の提出は必要ですか。
Q６　返戻明細書の再請求分はどのように請求するのですか。
Q７　磁気レセプトによる請求の場合、受領書（総括票）の記載の仕方を教えてください。
Q８　磁気レセプトによる福祉医療費の医保（社会保険分）請求についてはどうすればいいのでしょうか。
Q９　磁気レセプトによる特別療養費（資格証明書世帯）の提出方法はどのようにすればいいのでしょうか。
Q10　調剤による処方箋の写しなどの提出方法を教えてください。
14. 連合会から送付する帳票の見方等について…… 64
1. 各出力帳票の見方
(1) 増減点並びに返戻連絡書
(2) 返戻付箋
(3) 過誤通知書
(4) 再審査結果通知書兼過誤通知書
(5) 支払通知書
2. 再審査申し出について
(1) 申請理由書の記載要領
15. 福祉医療助成事業取扱いに関する「Q&A」について…… 79
Q１　１枚の請求書に複数の制度を綴じてよいですか。
Q２　請求書の再掲欄は記載しますか。
Q３　横浜市の㊱㊲については区ごとに公費番号の設定がありますが区ごとに請求するのですか。
Q４　実施者が多数で１枚の請求書に書ききれない場合はどのように請求したらよいのですか。
Q５　月遅れ請求は別綴じにするのですか。
Q６　福祉医療の請求で他法との併用の請求はできますか。
例：51+80、27+80
Q７　請求漏れ等で月遅れ分を請求する場合、どのくらいまで請求が可能ですか。

Q８　レセプト２枚複写で、保険種別及び本人・家族欄は１枚目（支払基金）、２枚目（連合会）で記載が異なることがありますか。
Q９　レセプトの綴り方で気をつけることはありますか。
Q10　レセプトが電算出力のため２枚目の連合会提出分にも診療内容が出力されていてもよいですか。
Q11　請求書の用紙はどこで入手できますか。
Q12　２枚複写の明細書はどこで入手できますか。

＜参考資料＞

1. 保険給付の内容について（抜粋）…… 95
2. 国民健康保険制度の改正状況について（抜粋）…… 129

1. 国保連合会の診療（調剤）報酬請求書等の受付日程等について

①直接受付について

Ｑ１　診療報酬請求書等の提出先と受付方法は、どのような取扱で行われるのですか。	Ａ１　診療報酬請求書等の提出先は神奈川県国民健康保険団体連合会（国保会館）（以下「連合会」と言う）です。国保会館はＰ８の地図を参照してください。なお、受付方法としては、直接受付・郵送受付と保険者受付の３通りの取扱で行われています。

※直接受付とは、保険医療機関等の方々が連合会受付窓口に直接提出される受付方法

※保険者受付とは、市町村窓口等での受付を経由して連合会に提出される受付方法

Ｑ２　受付の締切日は毎月何日ですか。	Ａ２　毎月 10 日が受付の最終日となります。

Ｑ３　受付締切日（10 日）が土曜日、日曜日、祝祭日の場合、直接受付はおこなっていますか。	Ａ３　受付締切日の 10 日が土曜日、日曜日、祝祭日の場合でも受付は行っております。受付時間は午前８時 30 分から午後５時までです。なお、締切日の前日（９日）が土曜日、日曜日、祝祭日の場合は直接受付は行っておりませんのでご注意ください。

Ｑ４　連合会受付窓口に置いてある請求用紙等はどんなものが用意されているのですか。	Ａ４　連合会受付窓口に置いてある請求用紙等は次のとおりです。 ・国保診療（調剤）報酬受付受領書（総括票） ・診療報酬請求書（医科・歯科） ・診療報酬請求書（調剤） ・医科明細書（横浜市附託分） ※歯科・調剤分は用意されておりません ・福祉助成分（障８０、乳８１、親８５）請求書及び明細書（複写用紙） ・再審査医療機関申請書 ・取り下げ依頼書・訪問看護請求書 ・柔道整復師総括票及び請求書

Q５　請求書等の受付はいつ頃から行っているのでしょうか。	Ａ５　原則として随時受けつけております。(毎月７日頃までに早期提出をいただけるようお願いします。)

Q６　受付場所は国保会館のどこで行われているのですか。	Ａ６　1階及び5階で受付を行っています。なお、1階での受付は１０日前４日間行います。但し受付締切日の 10 日に限り、受付窓口の混乱を避けるため磁気レセプト及び病院関係の受付は３階で行います。

Q７　複数保険医療機関等をまとめて提出する場合はどのようにすればいいですか。	Ａ７　連合会所定の記入用紙（P９）がありますので、事前に医療機関番号順に整番した状態で記入してきていただき請求書等と併せ提出下さい。

Q８　直接受付で持込が午後５時を過ぎてしまう場合、受付してもらえますか。	Ａ８　受付いたしません。なお 10 日に限り事故等やむをえない場合は必ず電話連絡をしていただき対応を確認して下さい。

Q９　駐車場はありますか。	Ａ９　P８の駐車場をご利用ください。

②郵送受付について

Q１　郵送受付としての郵送及び宅配便での受付締切日はいつですか。	A１　連合会に10日到着分までとなります。なお、郵送の場合、土曜日、日曜日、祝祭日の郵便物の受け取りはできませんので、それ以前に到着できるよう早期提出にて送付いただきますようご協力をお願いいたします。（連合会ポストによる受付は行っておりませんのでご注意願います。）

Q２　10日以降に到着した請求書等はどのようになりますか。	A２　原則として翌月分の取扱となります。

Q３　連合会に郵送等で送る場合、どのような注意が必要ですか。	A３　決まりはありませんが、明細書等の紛失、遅延事故等を避けるために、書留等の所在が確認できる送付方法でお願いします。なお、神奈川県社会保険診療報酬支払基金分との誤送付が増加傾向にありますので、送付に際し十分ご注意をお願いします。

Q４　住所と送付先を教えてください。	A４　〒220-0003 神奈川県横浜市西区楠町27番1 神奈川県国民健康保険団体連合会 審査第２部第１課　受付担当

Q５　介護保険の請求分と一緒に送ってもよいのでしょうか。	A５　処理方法が異なるため別々に送付してください。

Q６　連合会にある請求関係用紙等を郵送で送っていただけないでしょうか。	A６　連合会では各医療機関等に諸用紙等を送ることは行っておりません。至急に用紙の確保が必要な場合は、保険者等に置いてありますので、最寄りの窓口で入手をお願いします。（なお、横浜市は各区医師会での対応となっております。）

Q７　郵送時での受領書の控えはどのようになりますか。	A７　郵送による総括票（受領書）の控えは、連合会からの返送はいたしません。

Q８　誤って支払基金への請求分を国保連合会に送付してしまった場合、取扱いはどうなりますか。	Ａ８　支払基金分の受付は連合会では取扱できませんので、医療機関の方に取りに来てもらっております。十分ご注意ください。

Q９　磁気レセプトを送付する場合の注意はありますか。	Ａ９　事故防止のため保護ケースに入れ、連合会での読み取りが不能とならないよう送付に際し注意をいただきますようご協力をお願いします。

③保険者受付について

Ｑ１　保険者受付をしている保険者はどこですか。	Ａ１　保険者受付をしているのは、次の市町です。 ・川崎市（各区とも対応） ・横須賀市（医師会での対応） ・平塚市 ・鎌倉市 ・藤沢市 ・小田原市（足柄下郡） ・茅ヶ崎市 ・逗子市 ・相模原市 ・三浦市 ・秦野市 ・厚木市（医師会対応） ・伊勢原市 ・座間市 ・綾瀬市 ・葉山町 ・寒川町 ・大磯町・二宮町 ・南足柄市・足柄上郡 ・愛川町

Ｑ２　保険者受付として磁気レセプト（ＦＤ・ＭＯ）の受付は、行っているのでしょうか。	Ａ２　行っています（詳細については各保険者にお問い合わせください）。

Ｑ３　保険者受付の窓口でも請求諸用紙はもらえるのでしょうか。	Ａ３　国保診療（調剤）報酬受付受領書（総括票）及び診療報酬請求書（医科・歯科）、診療報酬請求書（調剤）については各保険者、医師会・薬剤師会の窓口でも入手できます。

Ｑ４　保険者受付最終日はいつになりますか。	Ａ４　該当の市町により異なりますので、詳細な日時については各保険者に照会し確認願います。

Q５　横浜市、川崎市の場合、区役所での請求用紙の入手は可能ですか。	Ａ５　横浜市の区役所での諸用紙の配布は緊急分の取扱のみ対応されます。原則通常時の配布は行われてないとのことです。川崎市は各区で対応されています。

※　受付に関する問い合わせは、国保連合会審査第二部審査第一課にお問い合わせください。
TEL（０４５）－３２９－３４２１

神奈川県国保会館案内

所在地　〒220-0003　神奈川県横浜市西区楠町２７番地１

●電話番号

	ダイヤルイン	ＦＡＸ
大代表	(045) 329—3400	
総務部総務課	(045) 329—3401	(045) 329—3404
総務部財務課・出納室	(045) 329—3402	(045) 329—3408
企画事業部企画調査課	(045) 329—3441	(045) 329—3444
企画事業部企画調査課（求償）	(045) 329—3443	
企画事業部情報システム課	(045) 329—3442	
審査第一部第一課	(045) 329—3411	(045) 329—3414
審査第一部第二課	(045) 329—3412	
審査第二部第一課	(045) 329—3421	(045) 329—3424
審査第二部第二課	(045) 329—3422	
審査第三部第一課	(045) 329—3431	(045) 329—3434
審査第三部第二課	(045) 329—3432	
介護保険室（審査）	(045) 329—3445	(045) 329—3446
介護保険室（事業）	(045) 329—3447	0570—033110
支援費担当	(045) 329—3416	(045) 329—3418

●各階案内

８階　介護保険室（事業）、会議室

７階　共同処理室

６階　審査第三部（審査第一課・審査第二課）

５階　審査第二部（審査第一課・審査第二課）

４階　審査第一部（審査第一課・審査第二課）、常務処理審査委員室

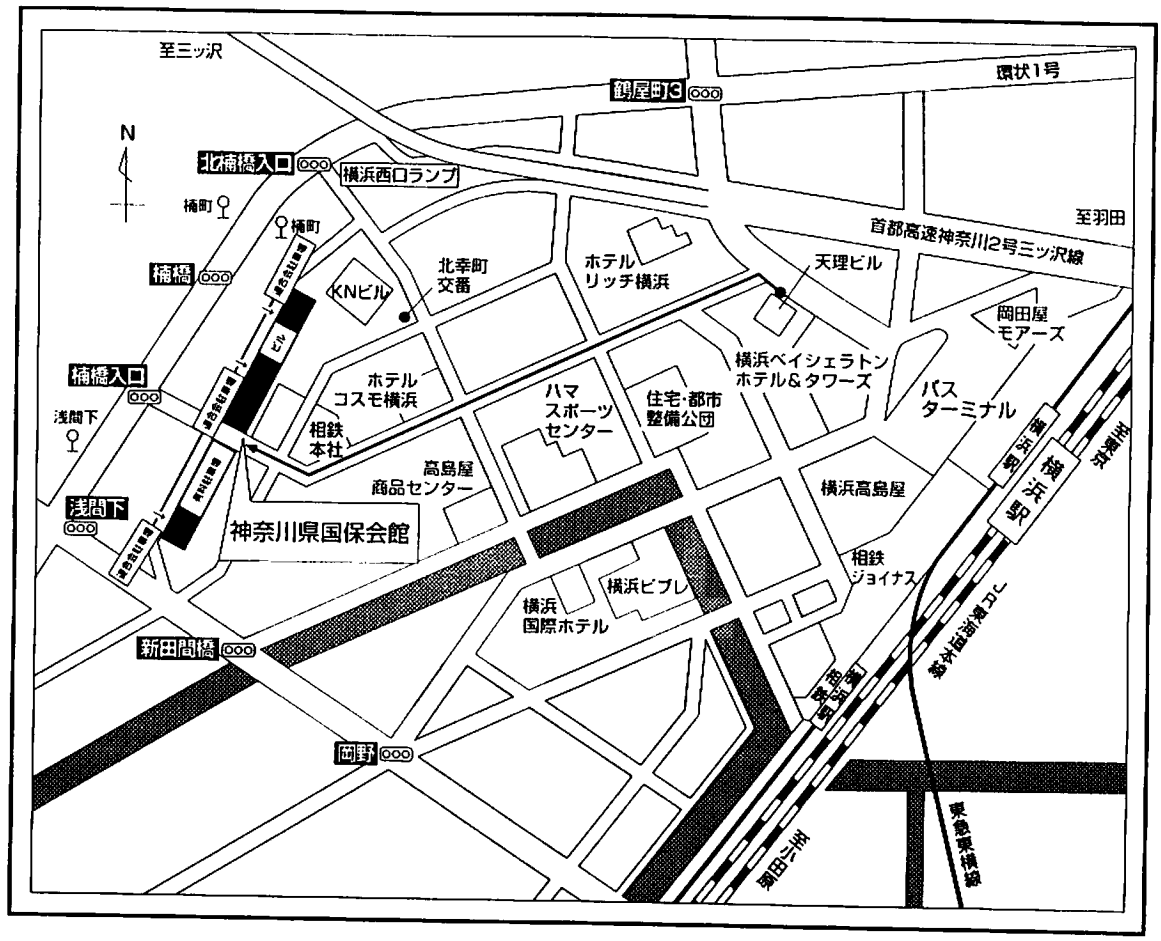
３階　審査委員会室、会議室

２階　総務部(財務課)、出納室、企画事業部(企画調査課・情報システム課)
　　介護保険室(審査)

１階　総務部（総務課）、中央監視室、駐車場、レストラン

Ｂ１･Ｂ２　倉庫等

神奈川県国保連合会　案内図



●横浜駅より徒歩 12 分

〈徒歩経路〉

横浜駅ダイヤモンド地下街南８番出口（天理ビル横）を出て、“彫刻通り”を南西方向に直進。信号を４つ通過し、一つ目路地の右角地です。

※■印は連合会無料駐車場です（全３ヶ所）。

平成　　年　　月分国保診療報酬請求書送付書

神奈川県国民健康保険団体連合会　　御中

平成　　年　　月　　日

会社名（団体名）							
提出者名				電話			
	点数表	医療機関番号	確認		点数表	医療機関番号	確認
1	医・歯・調			26	医・歯・調		
2	医・歯・調			27	医・歯・調		
3	医・歯・調			28	医・歯・調		
4	医・歯・調			29	医・歯・調		
5	医・歯・調			30	医・歯・調		
6	医・歯・調			31	医・歯・調		
7	医・歯・調			32	医・歯・調		
8	医・歯・調			33	医・歯・調		
9	医・歯・調			34	医・歯・調		
10	医・歯・調			35	医・歯・調		
11	医・歯・調			36	医・歯・調		
12	医・歯・調			37	医・歯・調		
13	医・歯・調			38	医・歯・調		
14	医・歯・調			39	医・歯・調		
15	医・歯・調			40	医・歯・調		
16	医・歯・調			41	医・歯・調		
17	医・歯・調			42	医・歯・調		
18	医・歯・調			43	医・歯・調		
19	医・歯・調			44	医・歯・調		
20	医・歯・調			45	医・歯・調		
21	医・歯・調			46	医・歯・調		
22	医・歯・調			47	医・歯・調		
23	医・歯・調			48	医・歯・調		
24	医・歯・調			49	医・歯・調		
25	医・歯・調			50	医・歯・調		
				合計			機関

2. 国保診療（調剤）報酬請求書及び明細書の編綴方法について

①通常請求分の場合

Q１　請求書関係の編綴はどのようにしたらいいのですか。	A１　「一般」、「退職」、「老健」の各制度ごとの請求書区分の順に編綴して下さい。P13の編綴方法に基づきお願いいたします。
Q２　特別療養費（資格証明書世帯）の明細書はどのように提出すればいいのでしょうか。	A２　国保通常請求分とは別綴じにし、明細書単独で請求します（明細書上段に朱書きで「特別療養費」と記入してください。なお、請求書の添付は不用です。）。
Q３　横浜市、川崎市の請求はそれぞれ区ごとに綴じるのでしょうか。	A３　区ごとではなく、それぞれの代表番号を使い、一括して請求してください。 （横浜市：144006、川崎市：145003）
Q４　保険者の編綴順はどうすればいいのですか。	A４　原則として所在する保険者を一番上にとじて、あとは保険者番号順に編綴して下さい。
Q５　月遅れ請求はどのようにして請求すればいいのでしょうか。	A５　当月分の中に併せて編綴して下さい。
Q６　一部請求遅延分や返戻分のレセプトの請求はどこに入れればいいのですか。	A６　当月分の各請求区分の上位に置いて編綴して下さい。
Q７　２ヶ月分（複数月）の請求をする場合の編綴はどうしたらいいのですか。	A７　診療年月分ごとに編綴して下さい。
Q８　公費併用分はどこに入れて編綴すればいいのですか。	A８　各制度及び請求区分単位に公費負担者番号順に上位に置いて編綴して下さい。
Q９　調剤薬局の処方箋添付レセプトはどうすればいいのですか。	A９　各請求区分単位の上位に入れて編綴して下さい。

Ｑ１０　退職者本人８割(平成 15 年３月分まで)と旧老人保健 10 割（平成 14 年９月分まで）の編綴方法はどのようにすればいいのでしょうか。	Ａ１０　請求区分の「25」「26」及び「71」「72」区分の位置づけに編綴して下さい。 ※新しい請求書にも退職者本人 8 割及び老健 10 割等の請求区分は設けられております。

Ｑ１１　神奈川県内分と他県分はどのように編綴したらいいのでしょうか。	Ａ１１　保険者番号が 14 から始まるものは県内分、それ以外は他県分として別綴じにして編綴してください。なお、全国土木国保組合（133033)、全国建設工事業国保組合（133298）は神奈川県内処理となりますので、県内分に綴じ入れてください。

Ｑ１２　「在総診」、「在医総」の請求は通常の請求書の中に含めて編綴していいのですか。	Ａ１２　「在総診」と「在医総」の請求は通常分とは別の請求書に編綴して請求ください。

②月遅れ請求（返戻等）がある場合

Ｑ１　月遅れ請求分や返戻分のレセプトはどこに入れて請求したらいいのですか。	Ａ１　通常請求分にあわせ各請求区分の上位に入れ請求ください。

Ｑ２　返戻分を再請求する場合、新しいレセプトに印字したのですが、２枚の状態で請求してもいいですか。	Ａ２　２枚で再請求される場合はレセプトの上段をホチキス留め等をしていただき１枚分で取扱えるよう編綴してください。

Ｑ３　複数月の請求がある場合どうしたらいいのですか。	Ａ３　まる１ヶ月分の請求が複数月ある場合はそれぞれ診療年月単位で編綴して請求ください。

③他県分保険者の場合

Ｑ１　他県分の保険者の場合の編綴はどうしたらいいですか。	Ａ１　神奈川県分とは別綴じにしていただき、保険者番号「０１県番から４７県番」の順に編綴し、請求してください。

④その他について

Q１　入院分と入院外の請求は別綴じにする必要がありますか。	A１　病院関係の請求に関しては、入院分と入院外を別々に編綴してください。

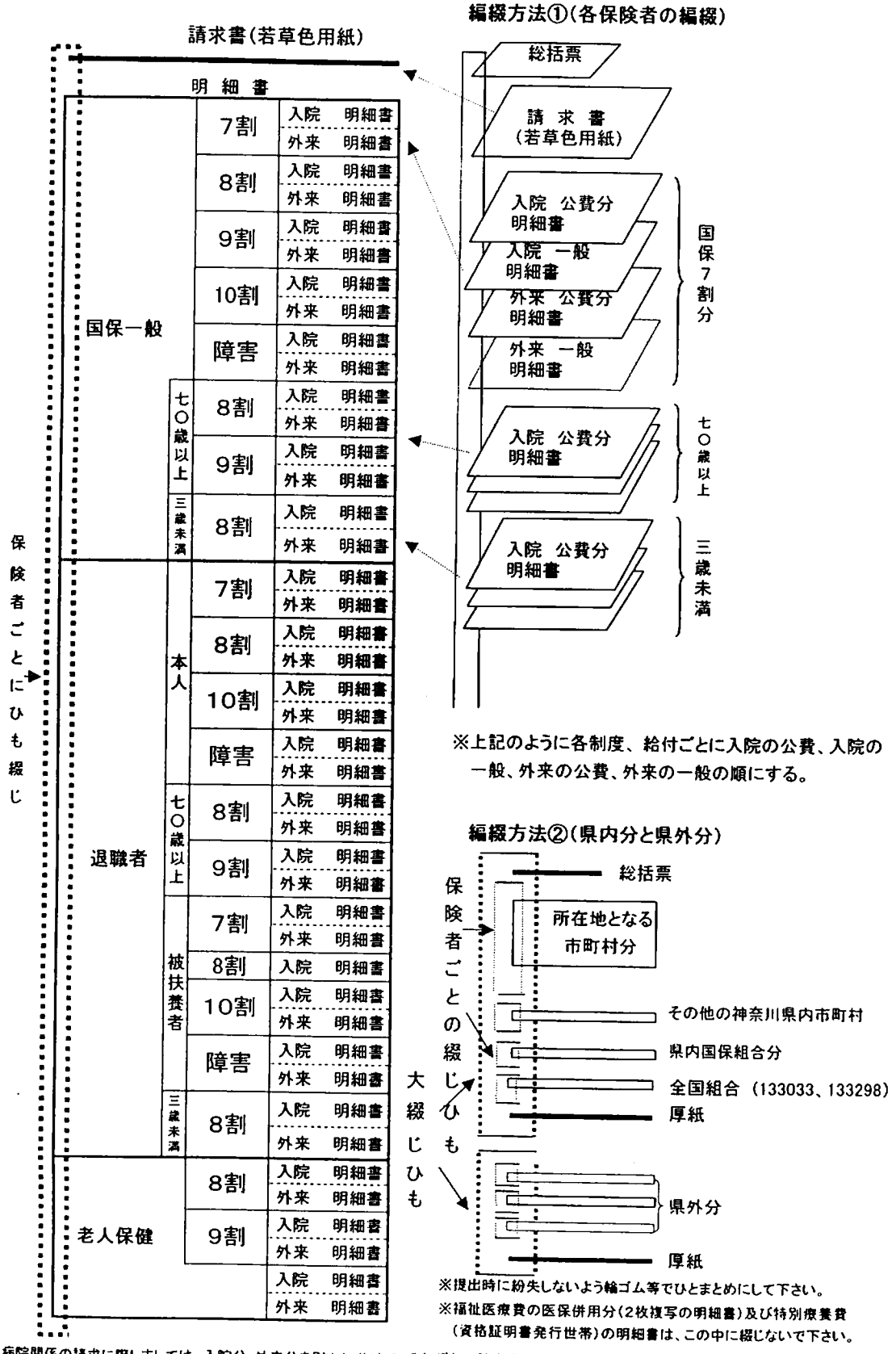
Q２　厚紙をレセプトの一番下に入れなければいけないのですか。	A２　レセプトを保護するために厚紙をレセプトの一番下に入れて提出していただく事をお願いします。

Q３　福祉医療関係の請求書等の編綴はどうしたらいいでしょうか。	A３　福祉医療関係の請求書等は診療報酬の請求書の編綴とは別にしてください。

国保診療報酬請求書及び明細書の編綴方法

国保診療報酬請求書及び明細書の編綴方法

注：レセプトの編綴順序は、原則として請求書の記載順序とする。



※上記のように各制度、給付ごとに入院の公費、入院の一般、外来の公費、外来の一般の順にする。

※提出時に紛失しないよう輪ゴム等でひとまとめにして下さい。

※福祉医療費の医保併用分（2枚複写の明細書）及び特別療養費（資格証明書発行世帯）の明細書は、この中に綴じないで下さい。

※病院関係の請求に際しましては、入院分・外来分を別々に分けて、それぞれに請求書を添付（別綴じ）し、請求くださるようご協力をお願い致します。

3. 国保診療（調剤）報酬受付受領書(総括票)の記載について

Q１　総括票の保険者数の欄には何を書いたらいいのですか。	A１　原則として請求書の枚数を記入ください。
Q２　総括票をコンピュータで印字してもいいですか。	A２　国保連合会で用意した複写式総括票を使用してください。
Q３　調剤薬局ですが、処方箋受付回数は、社保、国保の合算回数を記入するのですか。	A３　そのとおりです。
Q４　月遅れ分の請求がある場合、２枚の総括票を作ったほうがいいのですか。	A４　それぞれ診療年月単位に編綴されますので、各々総括票を作成してください。
Q５　磁気レセプトの請求の総括票の件数等はどう記入すればいいのですか。また、保険者数は何を書いたらいいのですか。	A５　磁気レセプトの件数、点数を記入ください。なお、月遅れの紙レセプトがある場合は、その件数を含め記入してください。また、磁気レセプトで請求する場合の保険者数の件数は、紙レセプトの請求がある場合の請求書枚数をその件数として記入ください。
Q６　特別療養費のレセプトがある場合に総括票にその枚数を入れるのですか。	A６　特別療養費分は請求書の記載がありませんので、総括票への計上も行わないでください。

国保診療（調剤）報酬受付受領書（総括票）の記載要領

受領書（総括票）は当月分の診療（調剤）報酬の総計を記載すること。

※　なんらかの理由により、２ヶ月分以上の請求がある場合は各月毎に添付すること。ただし、一部の返戻明細書等は当月分と合算すること。なお直接国保連合会受付された場合は３枚複写の内１枚目が受領書となります。

① 診療（調剤）報酬の年月を記載すること。

② ７桁の保険医療機関コード番号を**３枚共記載**すること。

③ 該当の点数表を○で囲むこと。

④ 保険者単位に添付した**請求書の枚数**を記載すること。

※　県外分も含めて記載願います。

⑤ 入院・入院外別に件数、点数とその合計を記載すること。

※　件数、点数に誤りが多いため正確な数字を記載願います。

⑥ 食事療法の件数、金額を記載すること。

平成　①　年　月分国保診療（調剤）報酬受付受領書

（神奈川県国民健康保険団体連合会）

保険医療機関	保険医療機関番号		点数表区分		※受付印	
	②	③		1. 医　科		
				3. 歯　科		
				4. 調　剤		
				5. 施　設		
				6. 訪　問		

請求	保険者数（請求書の枚数）	区　分	件　数	点　数（金　額）	備　考
	④	1. 入　院	⑤	⑤	
		2. 入院外			
		計			
		3. 食事療養		⑥　円	処方せん受付回数　回

注　1）この受領書は国保連合会へ診療（調剤）報酬請求をされる場合に添付して下さい。
2）保険者数の欄は、保険者毎の明細書に添付された請求書の枚数を記入して下さい。
3）※印は記入しないで下さい。
4）施設療養費及び訪問看護療養費においては、点数欄は、金額を記入して下さい。
5）この用紙は３枚で１組です。

４．診療（調剤）報酬請求書の記載について

①請求書の作成について

Ｑ１　平成　年　月分診療報酬請求書とありますが、その中に月遅れ分や返戻分を入れてもかまいませんか。	Ａ１　一緒に請求してもかまいません。
Ｑ２　横浜市と川崎市は区ごとに請求するのでしょうか。	Ａ２　横浜市は「１４４００６」、川崎市は「１４５００３」の代表番号でまとめて請求してください。
Ｑ３　保険者番号は保険者の名称で請求してもかまいませんか。	Ａ３　被保険者証を確認して該当の保険者番号を記載して下さい。
Ｑ４　医療機関番号の変更があったのですがその時の請求で気をつけなければいけない事がありますか。	Ａ４　月遅れ分や再請求分等については旧医療機関番号として請求される場合は、新医療機関番号とは分けて請求して下さい。
Ｑ５　電話にて請求書の印鑑漏れの指摘を受けました。どうなりますか。	Ａ５　国保連合会に押印のある請求書を再作成し送付してもらうことになります。
Ｑ６　請求書に捺印する印鑑は印影でもかまいませんか。	Ａ６　届出されたものであれば印影でかまいません。
Ｑ７　旧請求書が余っているのですが、使用してもよろしいですか。	Ａ７　最新の様式をお使いください。（平成１５年５月１日から新様式により使用する）
Ｑ８　請求書の色は決まっているのでしょうか。	Ａ８　様式変更時に県下統一の色が決まりますので、その色に合わせることになります。現行は若草色です。若草色を使って下さい。（医保・訪問看護を除く）
Ｑ９　請求書の診療科欄には、何をいれるのでしょうか。	Ａ９　旧総合病院のみ診療科コード番号を記載してください。
Ｑ１０　寝たきり老人在宅総合診療料や在宅末期医療総合診療料を算定している時はどのように請求するのでしょうか。	Ａ１０　通常分とは別に請求書を付けて、「在」の表示を上部余白等に記載をし作成をお願いします。

Ｑ１１　特別療養費の請求の仕方はどうするのですか。	Ａ１１　請求書の添付はしないで、レセプトのみで提出してください（詳細Ｐ４６を参照ください）。

Ｑ１２　間違って請求書をもらってきてしまいました。医科の請求ですが、調剤の請求書を使用していいですか。	Ａ１２　医科の請求書に調剤の請求書を使用することはできません（反対の場合も同様です）。医科分をご使用ください。

Ｑ１３　請求書様式の色は似たような色合いでいいですか。	Ａ１３　色に関しては「若草色」を指定してください。なお、若干の相異はかまいません。

Ｑ１４　請求書の数値を記入誤りしてしまいました。どう訂正したらよいですか。	Ａ１４　修正液の使用ではなく、横線を引き、抹消した上段に正しい数値を記載します。

② どの請求区分に集計するの？

Q１　請求書の各請求区分の集計方法を教えてください。	A１　P２１・２２を参照ください。 神奈川県仕様の請求書の記載方法です。
Q２　障害分の場合はどの区分に集計すればよいでしょうか。	A２　制度ごとの障害区分で請求してください。一般は「01」「02」退本人は「05」「06」家族は「07」「08」七〇歳以上と三歳未満の障害も一般は「01」「02」退は「05」「06」で請求してください。ただし、全国土木建築国保組合(133033)、全国建設工事業国保組合(133298)の場合は、障害欄は使わずに、基本給付区分に集計し、再掲の障老健８０欄に件数を入れてください。なお、老健と併用分も再掲にて対応します。
Q３　公費併用（乳児８１・ひとり親８５等）の場合の請求はどの区分に請求するのですか。	A３　基本給付で請求し、再掲欄に件数を入れてください。
Q４　国保組合（１４３０１６、１４３０２４、１４３０３２、１４３０４０、１４３０５７、１４３０６５）の請求方法を教えてください。	A４　一般被保険者欄に各給付割合にそった請求区分で請求ください。組合によって、給付割合が本人・家族等で異なりますので、P51 の給付割合にあわせて請求ください。
Q５　乳幼児の請求方法はどうすればよいのでしょうか。	A５　三歳未満児は８割欄（８１・８２・８７・８８区分）で請求して下さい。ただし横浜市と神奈川県医師国保組合の医科 1 歳未満・歯科 5 歳未満は１０割欄（４１、４２区分）で請求してください。なお、三歳以上は通常 7 割請求となります。
Q６　他県被保険者等で給付がわからない時はどうすればよいのでしょうか。	A６　被保険者証の給付割合欄を再確認の上、請求をしてください。なお、確認できない場合は本会に照会ください。

Q７　平成14年９月診療分までの老健の請求はどうするのでしょうか。	Ａ７　請求書の７１、７２区分で請求してください。(一部負担金等の記載もれのないよう注意ください。)
Q８　老人保健の入院外の一部負担金を書く欄(請求書７６区分、７８区分)がありますが、書かなければならないでしょうか。	Ａ８　寝たきり老人在宅総合診療料を算定している場合に記載してください。それ以外は記載の必要はありません。
Q９　３歳以上から７０歳未満の障害の場合	Ａ９　一般被保険者は「01」「02」退本人は「05」「06家族は「07」「08」に請求してください。
Q１０　前期高齢者の障害の場合	Ａ１０　一般被保険者は「01」「02」退は「05」「06」区分で請求ください。
Q１１　全国土木（１３３０３３）と全国建設工事業（１３３２９８）の障害の場合	Ａ１１　7割給付「11」「12」区分で請求してください。なお、」障害の位置づけとして再掲のコード80欄に記載してください。
Q１２　１３３０３３、１３３２９８の前期高齢者で障害の場合	Ａ１２　前期高齢者の8割・9割の区分で請求してください。なお、障害分を再掲80に件数を入れてください。
Q１３　退「本人」及び「家族」で前期高齢者の障害の場合	Ａ１３　退本の障害「05」「06」区分で請求してください。
Q１４　国保組合（神奈川県医師国保、～神奈川県建設連合）の障害の場合	Ａ１４　一般被保険者の障害欄「01」「02」区分でレセプトは10割として請求してください。
Q１５　国保組合の前期高齢者の障害の場合	Ａ１５　一般被保険者の障害「01」「02」区分でレセプトは１０割で請求してください。

③　再掲欄の記載について

Ｑ１　法別４１、法別５１等の二つの公費をもっている時の再掲は、どう記載すればよいのでしょうか。	Ａ１　それぞれ「４１」、「５１」欄に再掲してください。

Ｑ２　老人保健で法別１９をもっている時は、どの欄に再掲すればいいのですか。	Ａ２　再掲欄１３（原）に再掲してください。

Ｑ３　再掲欄の点数、患者負担額の全てを記載しなくてはいけないのですか。	Ａ３　記載することをお願いします。

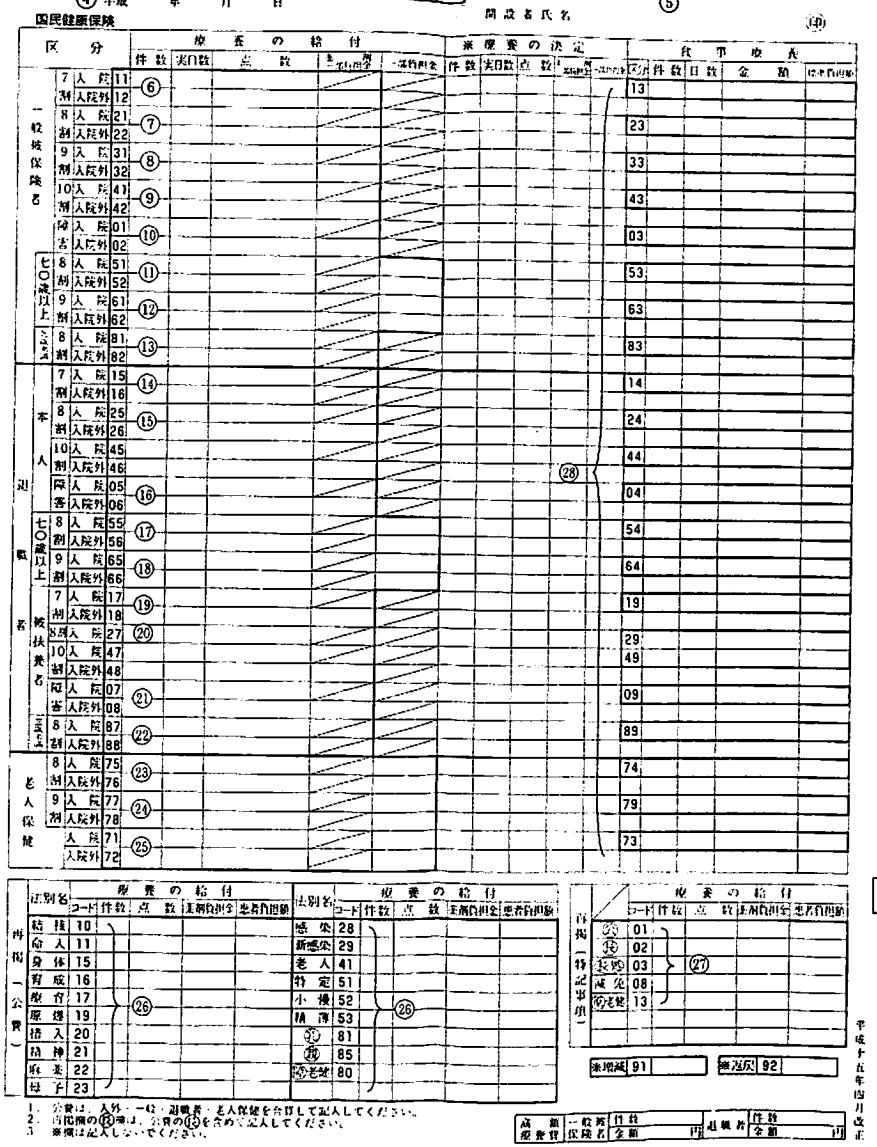
Ｑ４　再掲80欄には障害の全ての件数等を再掲するのですか?	Ａ４　「80」欄（障老健）に件数を記載するのは、老健と障害の併用分と、全国土木、全国建設工事業の障害の場合です。

診療報酬請求書（医科・歯科、入院、入院外併用）の記載について

①診療年月を記載する。（診療年月の異なるレセプトがある場合には、それぞれ請求書を作成する。なお、返戻分の再請求等や、やむを得ぬ事由による請求遅れ分のある場合はこの限りではない。）

②請求先保険者番号を記載

④提出年月日を記載



一般被保険者

⑥7割欄（11・12区分）
3歳以上から70歳未満の公費該当及び単独分レセプトを集計する。（⑦・⑧・⑨・⑩以外のものが該当）

⑦8割欄（21・22区分）
県医師国保の本人・家族
県歯科医師国保の本人と家族の入院
県薬剤師国保の本人
県建設連合国保の本人
→ 公費及び単独レセプトを集計する

⑧9割欄（31・32区分）
県建設業国保の本人分レセプトを集計する。
なお、平成15年10月診療分以降は8割欄（⑦）となる。

⑨10割欄（41・42区分）
横浜市国保及び県医師国保で医科1歳未満、歯科5歳未満のレセプトを集計する。ほかに、横浜市国保で被爆者給付証明書持参者及び三浦市国保の結核・精神の合併症を含むレセプトの請求に使用する。

⑩障害者欄（01・02区分）
一般被保険者（3歳未満、前期高齢者を含む⑯該当分レセプトを集計する。なお、全国土木・全国建設工事業の㊵分は7割欄を使用し㊵欄に再掲する。

⑪前期高齢者8割欄（51・52区分）
70歳以上の8割給付該当レセプトを集計する。

⑫前期高齢者9割欄（61・62区分）
70歳以上の9割給付該当レセプトを集計する。

⑬三歳未満8割欄（81・82区分）
3歳未満の8割給付該当レセプトを集計する。

老人保健

㉓8割欄（75・76区分）
㉔9割欄（77・78区分）
→ （老健）医療受給者証に表記された8割・9割給付の区分による該当レセプトを集計する。

㉕旧老健分（71・72区分）
平成14年9月診療分までの老健該当分を集計する。

食事療養費

㉘各区分の入院にかかる食事療養費の件数～標準負担額を集計する。

③定められた医療機関コード、7桁を記載する。

⑤保険医療機関の所在地・名称・開設者の氏名を記載する。（保険医療機関指定申請時に社会保険事務局に届出したもの）

退職者

⑭本人7割欄（15・16区分）
平成15年4月診療分以降の⑱本人分レセプトを集計する。

⑮本人8割欄（25・26区分）
平成15年3月診療分以前の⑱本人分レセプトを集計する。

⑯本人障害欄（05・06区分）
⑲本人と⑮前期高齢者に係る⑯該当分レセプトを集計する。

⑰⑱前期高齢者8割欄（55・56区分）
70歳以上の退職被保険者（前期高齢者）の8割給付該当レセプトを集計する。

⑱⑲前期高齢者9割欄（65・66区分）
70歳以上の退職被保険者（前期高齢者）の9割給付該当レセプトを集計する。

⑲被扶養者7割欄（17・18区分）
⑱家族分レセプトを集計する。なお、入院分は15年4月診療分以降となる。

⑳被扶養者入院8割欄（27区分）
15年3月診療分までの⑱家族入院分レセプトを集計する。

㉑被扶養者障害欄（07・08区分）
⑱家族の⑯該当レセプトを集計する。

㉒㉓三歳未満8割欄（87・88区分）
㉓3歳未満児の8割給付該当レセプトを集計する。

※⑯本人及び被扶養者における10割欄は、横浜市国保の被爆者給付証明書持参者及び三浦市国保の結核・精神の合併症10割に該当する退職被保険者等の場合に使用する。

再掲欄

㉖コード10（結核）～85（ひとり親）までに該当する公費負担医療に係る件数・点数を再掲する。
なお、㊵老健80については、老人保健と⑯との併用のあるレセプトの再掲と全国土木と全国建設工事業の⑯分を再掲する。

㉗特記事項表示分の再掲
01 （公）
02 （特）
03 （長処）
08 （減免）
13 （老健被爆者）
→ 各該当レセプトの件数・点数を再掲する。

1. 公費は、入外・一般・退職者・老人保健を合算して記入してください。
2. 再掲欄の㉖欄は、公費の㉕を含めて記入してください。
3. 網掛は記入しないでください。

平成十五年四月改正

調剤報酬請求書の記載について

①診療年月を記載する。（診療年月の異なるレセプトがある場合には、それぞれ請求書を作成する。なお、返戻分の再請求等や、やむを得ぬ事由による未請求分のある場合はこの限りではない。）

②請求先保険者番号を記載

④提出年月日を記載

一般被保険者

⑥7割欄（12区分）
3歳以上から70歳未満の公費該当及び単独分レセプトを集計する。（⑦・⑧・⑨・⑩以外のものが該当）

⑦8割欄（22区分）
県医師国保の本人・家族
県歯科医師国保の本人
県薬剤師国保の本人
県建設連合国保の本人
→ 公費及び単独レセプトを集計する

⑧9割欄（32区分）
県建設業国保の本人分レセプトを集計する。
なお、平成15年10月診療分以降は8割欄（⑦）となる。

⑨10割欄（42区分）
横浜市国保及び県医師国保で処方せんが医科1歳未満分あるいは歯科5歳未満のレセプトを集計する。ほかに、横浜市国保で被爆者給付証明書持参者及び三浦市国保の結核・精神の合併症を含むレセプトの請求に使用する。

⑩障害者欄（02区分）
一般被保険者（3歳未満、前期高齢者を含む⑭該当分レセプトを集計する。なお、全国土木・全国建設工事業の㉘分は7割欄を使用し㉚欄に再掲する。

⑪前期高齢者8割欄（52区分）
70歳以上の8割給付該当レセプトを集計する。

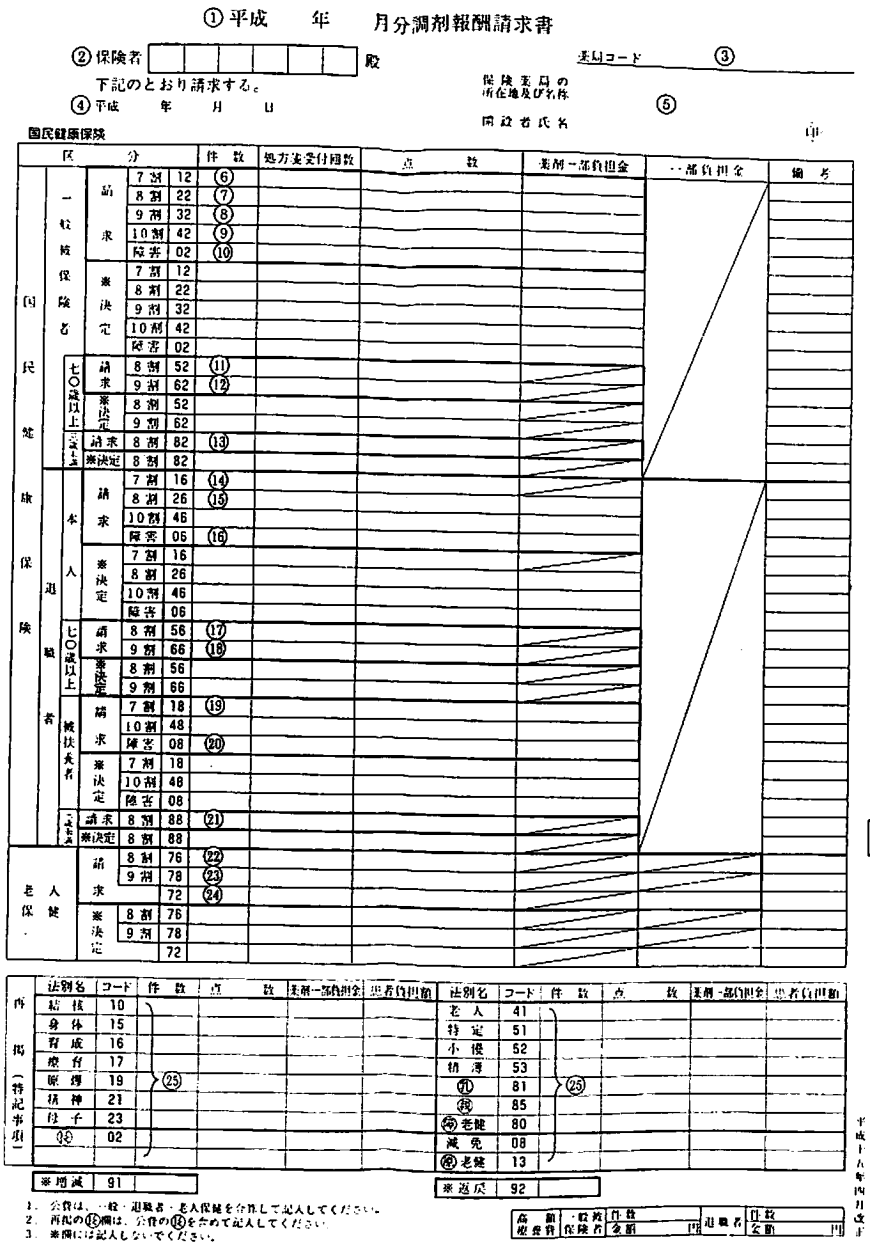
⑫前期高齢者9割欄（62区分）
70歳以上の9割給付該当レセプトを集計する。

⑬三歳未満8割欄（82区分）
3歳未満児8割給付該当レセプトを集計する。

老人保健

㉒8割欄（76区分）
㉓9割欄（78区分）
→ （老健）医療受給者証に表記された8割・9割給付の区分による該当レセプトを集計する。

㉔旧老健分（72区分）
平成14年9月診療分までの老健該当分を集計する。



1. 公費は、一般・退職者・老人保健を合算して記入してください。
2. 再掲の⑭欄は、公費の⑭を含めて記入してください。
3. ※欄には記入しないでください。

③定められた医療機関コード、7桁を記載する。

⑤保険薬局の所在地・名称・開設者の氏名を記載する。
（保険薬局指定申請時に社会保険事務局に届出したもの）

退職者

⑭本人7割欄（16区分）
平成15年4月診療分以降の⑱本人分レセプトを集計する。

⑮本人8割欄（26区分）
平成15年3月診療分以前の⑱本人分レセプトを集計する。

⑯本人障害欄（06区分）
⑱本人と⑱前期高齢者に係る⑭該当分レセプトを集計する。

⑰⑱前期高齢者8割欄（56区分）
70歳以上の退職被保険者（前期高齢者）の8割給付該当レセプトを集計する。

⑱⑱前期高齢者9割欄（66区分）
70歳以上の退職被保険者（前期高齢者）の9割給付該当レセプトを集計する。

⑲被扶養者7割欄（18区分）
㊱家族分レセプトを集計する。

⑳被扶養者障害欄（08区分）
㊱家族の⑭該当レセプトを集計する。

㉑㉘三歳未満8割欄（88区分）
㉘3歳未満児の8割給付該当レセプトを集計する。

再掲欄

㉕コード10（結核）～85（ひとり親）までに該当する公費負担医療に係る件数・点数を再掲する。
なお、㉘老健80については、老人保健と⑭との併用のあるレセプトの再掲と全国土木と全国建設工事業の㉘分を再掲する。

特記事項表示分の再掲
02 ⑮
08 （減免）
13 ㉘（老健被爆者）
→ 各該当レセプト件数・点数を再掲する。

5. レセプトの記載について

①給付割合等の記載について

Q１　レセプトの各項目に何を記入したらよいのでしょうか。	A１　P３４・３５のレセプト記載方法を参考にしてください。
Q２　３歳未満の公費併用レセプトの給付割合の記載はどうなりますか。	A２　公費併用３歳未満は基本給付８割給付で請求してください。
Q３　障害レセプトで公費番号がある場合とない場合の記載内容はどう違うのですか。	A３　公費番号のない障害は特記事項８０で公費番号のある障害は特記事項は使用せずにレセプトの公費①に公費番号及び受給者番号を記入してください。
Q４　公費併用分の給付割合はどうなりますか。	A４　基本給付（７割・８割）の表示となります。※患者からの一部負担金の徴収がなくても10割給付の表示は誤りです。
Q５　公費４１の場合の給付割合はどうなりますか。	A５　基本給付（7割）の表示となります。老人受給者証の２割・1割負担の表示による記載は誤りです。
Q６　障害レセプトの給付割合はどうなりますか。	A６　横浜市及び県国保組合の障害レセプトの給付割合は１０割です。その他の保険者は基本給付７割で請求してください。
Q７　国保組合本人９割（神奈川県建設業国保）で前期高齢者のレセプトの給付割合はどうなりますか。	A７　一定以上所得者の場合は高齢者の給付割合８割を優先します。その場合、１割分は償還払い扱いとなり保険者から返還されます。（平成15年10月より本人８割給付になります。）
Q８　前期高齢者で障害レセプトの給付割合は何割になりますか。	A８　横浜市・県内国保組合は１０割給付です。その他の保険者は法定給付（８割・９割）です。

Q９　老健の給付割合の記載は必要ですか。	Ａ９　医療受給者証の負担割合に基づき　８割・９割の記載をお願いします。

②「保険種別」及び「本人・家族区分」の表記について

Q１　国保組合本人で前期高齢者の場合の「本人・家族区分」の記載はどうなりますか。	Ａ１　「本人・家族」の判断ではなく「8 割給付」か「9 割給付」かの記載になります。

Q２　退職者医療該当者「本人及び家族」の被保険者が前期高齢者になった場合「保険種別」と「本人・家族区分」はどのように記載しますか。	Ａ２　「保険種別」は「4 退職」で外来の場合「本人・家族区分」は「8 高外 9」か「0 高外 8」かの記載となります。なお、本人か家族の区分はなくなります。

Q３　退職被保険者で公費 41 の場合「保険種別」と「本人・家族区分」はどう記載するのか。	Ａ３　単独レセプトと同様に「4 退職」と本人「1」「2」か家族「5」「6」の記載になります。

Q４　老人保健の場合「本人・家族区分」はどのような記載をすればいいのですか。	Ａ４　老人保健の場合「本人・家族」の区別はなく、入院は「7 高入 9」か「9 高入 8」を、外来は「8 高外 9」か「0 高外 8」の記載になります。

Q５　三歳未満の場合「本人・家族区分」はどう記載するのでしょうか。	Ａ５　「３三入」の入院か「４三外」外来の記載になります。

③特記事項の記載について

Q１　特記事項に記載するコードとその事例はどのような場合があるのですか。また、その記載方法はどうすればいいのですか。	A１　Ｐ２６の内容を参照ください。 なお、記載方法はコードと略号を特記事項欄に記載してください。
Q２　障害の場合で、特記事項に80と記載するレセプトと 8014～と公費負担者番号欄に記入する市町村の区別はどうなっていますか。	A２　Ｐ５２を参照ください。なお、横浜市と県国保組合の㊟分は特記事項に「80」を記載してください。
Q３　老人保健で原爆医療給付の併用の場合どうレセプトに書いたらいいのですか。	A３　老健で原爆医療給付の場合は、特記事項に「13」と表記し、公費負担者番号の記載は必要ありません。
Q４　「在総診」あるいは「在医総」を算定したレセプトの場合の記載はどうなりますか。	A４　特記事項欄に「70」と記載してください。
Q５　老人保健で障害の場合のレセプトの記載はどうなりますか。	A５　老人保健で障害の場合、特記事項での表記はせず必ず公費負担者番号と受給者番号の記載が必要です。
Q６　高額長期疾病（老健を含む）の受療証を提示した場合にレセプトの記載はどうすればいいのですか。	A６　特記事項欄に「02」の記載が必要です。 なお、長処の場合は「03」です。

特　記　事　項　一　覧　表

コード	略号	内容
01	公	医療保険単独の者に係る明細書で、「公費負担医療が行われる療養に係る高額医療費の支給について」（昭和48年10月30日付保発第42号、庁保発第62号）による公費負担医療が行われる療養に要する費用の額が、健康保険法施行令第79条に規定する金額を超える場合
02	長	以下のいずれかに該当する場合 ①　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負担額が、健康保険法施行令第７９条第５項に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に健康保険法施行令第７９条第５項に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。） ②　老人保健特定疾病療養受療証を提示した患者の負担額が、老人保健施行令第２条の２第２項の規定により読み替えられる同条第１項第３号に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が老人保健特定疾病療養受療証の提示を行った際に、既に同条に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）
03	長処	慢性腎不全に係る自己連続携行式腹膜灌流（ＣＡＰＤ）を行っている患者に対して、同一月内の投薬を院外処方箋のみにより行い、保険医療機関では当該患者の負担額を受領しない場合
04	老保	公費負担医療のみの場合であって、請求点数を老人保健の診療報酬点数表によった場合
05	高度	特定承認保険医療機関において厚生労働大臣の承認を受けた高度先進医療を実施した場合（この場合にあっては、当該承認を受けた高度先進医療の名称を「摘要」欄の最上部に記載すること。）
07	老併	介護老人保健施設に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、それぞれ個別の明細書に記載すること。）
08	老健	介護老人保健施設に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、それぞれ個別の明細書に記載すること。）
09	施	平成14年3月11日保医発第0311002号に規定する特別養護老人ホーム等に赴き、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「摘要」欄に記載すること。）
10	第三	患者の疾病または負傷が、第三者行為（交通事故等）によって生じたと認められる場合
11	薬治	健康保険法第63条第２項の規定に基づき厚生労働大臣の定める療養を定める件第７号の規定に基づく薬事法に規定する治験に係る診療報酬の請求である場合
12	材治	健康保険法第 63 条第２項の規定に基づき厚生労働大臣の定める療養を定める件第10号の規定に基づく薬事法に規定する治験に係る診療報酬の請求である場合
13 (※)	原	老人被爆者の一般疾病に係る老人医療一部負担金について原爆援助法で負担する場合（「摘要」欄右下に赤色で原の表示をすること。）
40	50/100	歯科明細書の乳幼児加算（5歳未満）、障害者加算又は歯科訪問診療時の加算を算定している明細書の場合
70	在	在宅末期医療総合診療料及び寝たきり老人在宅総合診療料を算定した場合に記載すること。
80	障	(1)国民健康保険の被保険者証に重度障害者医療助成制度の表示のある該当被保険者は、80を記載すること。 （２）横浜市国保、県内組合国保で重度障害者医療助成制度の該当被保険者の場合は、80を記載し、給付割合の10割を○で囲むこと。 （３）国民健康保険の被保険者で重度障害者医療助成制度の医療証を別途に発行（公費負担者番号、受給者番号）している市町村については、公費負担者番号、公費負担医療の受給者番号欄に記載する。（80の記載は必要ありません）

※公費負担者番号に①欄に法別番号19の記載の必要はなく、特記事項に「13」と記載してください。

④公費併用レセプトの記載の方法について

Q１　公費併用のレセプトは何を注意してレセプトの記載をしたらいいのですか。	A１　公費負担者番号、受給者番号、特定疾病における公費対象点数、患者負担額等の記載もれはないか。また給付割合の表記が正しくなっているか等の確認をお願いします。
Q２　三者併用の場合のレセプトの記載はどうなりますか。	A２　第一公費及び第二公費に係る公費対象点数の記載が必要です。また各公費が負担する項目（一部負担金等）の記載もれのないよう注意ください。
Q３　公費 51 と 41 がある場合の一部負担金の記載はどのようになりますか。	A３　医科の場合は「51」と「41」のそれぞれの公費対象点数ごとに一部負担金を算出し、その額を一部負担金欄に記載します。なお、調剤については「41」分にのみ一部負担金を記載します。
Q４　二つの公費負担者番号を持っている場合の公費の請求はどうすればいいのですか？また、優先順位があれば教えてください。	A４　三者併用として請求されるレセプトの記載方法で請求ください。なお、第一公費の優先順位は小さい公費負担者番号が優先となりますが、当該公費の対象点数等がない場合は二者併用の請求となります。
Q５　老人保健と公費併用レセプトの負担金額等の記載事例を教えてください。	A５　「27-51」「27-10」「27-11」「27-21」等の公費併用レセプトの該当がありますが、負担金額等の記載方法には、公費対象分に係る負担金額を記載する場合と窓口徴収額の記載をする場合があります。
Q６　月の途中から公費併用になった場合のレセプトの記載はどうなりますか。	A６　公費対象点数の記載が必要となります。

Q７　10 割給付該当者で公費負担が出る事例を教えてください。	Ａ７　現状では横浜市国保の 10 割給付該当の患者で、食事の標準負担額を公費で負担する場合は、公費負担者番号を記載することになります。

Q８　神奈川県で請求できる公費とできないものの区別を教えてください。	Ａ８　Ｐ２９にある公費一覧表に該当する公費が原則処理できるものです。

Q９　小児医療（公費 81）助成事業の各市町村の実施状況はどうなっていますか。	Ａ９　Ｐ５０を参照ください。

公費一覧表

（平成15年9月1日現在）

法別コード	法律名	医療給付名	公費負担者	実施機関	給付割合			医療機関		疾病		給付種別			治療形態		患者負担額		優先		高額（現物）	
			主体	主体	10	5	保険残分	指定	一般	特定	一般	医	歯	調	入院	通院	有	無	公費	国保	有	無
10	結核予防法	(34) 適正医療	県、政令市	県（保健所）			○	○		○		○		○	○	○	○			○	○	
11		(35) 命令入所	県、政令市	県（保健所）			○	○		○		○	○		○		○			○	○	
13	戦傷病者特別援護法	(10) 療養の給付	県(国費執行)	県	○			○		○		○	○	○	○	○		○	○			○
14		(20) 更生医療	県(国費執行)	県	○			○		○		○	○	○	○	○		○	○			○
15	身体障害者福祉法	(19) 更生医療	指定市、市町村	市町村（福祉事務所）			○	○		○		○	○	○	○	○	○			○	○	
16	児童福祉法	(20) 育成医療	県、指定市	県、指定市			○	○		○		○	○	○	○	○	○			○	○	
17		(21-9) 療育医療	県、指定市	県、指定市			○	○		○		○			○		○			○	○	
18	被爆者援護法	(10) 設定疾病医療	厚生省	厚生省	○			○		○		○		○	○	○		○	○			○
19		(18) 一般疾病医療	厚生省	県			○		○		○	○	○		○	○		○		○	○	
20	精神保健福祉法	(29) 措置入院	県	県			○	○		○		○	○	○	○		○			○	○	
21		(32) 通院療法	県	県			○		○	○		○		○		○	○			○	○	
22	麻薬及び向精神薬取締法	(58-3) 措置入院	県	県			○	○		○		○			○		○			○	○	
23	母子保健法	(20) 養育医療	県、政令市	県、政令市			○	○		○		○			○		○			○	○	
28	感染症予防・医療法	(37) 一類感染症等の患者の入院	県、政令市	県、政令市（保健所）			○	○		○		○			○		○			○	○	
29		(37) 新感染症の患者の入院	県、政令市	県、政令市（保健所）	○			○		○		○			○		○		○			○
51	予算措置法	局長通知 特定疾患医療	県	県			○	○		○		○	○	○	○	○		○		○	○	
52		次官通知小児慢性疾患医療	県、指定市	県、指定市			○	○		○		○		○	○	○		○		○	○	
53	児童福祉法	措置費等医療費	県、指定市	県、指定市（施設）			○		○		○	○	○	○	○	○		○		○	○	
	知的障害者福祉法	措置費等医療費	県、指定市	市町村（施設）			○		○		○	○	○	○	○	○		○		○	○	
41	老人福祉法	市町村単独事業	市町村	市町村			○		○		○	○	○	○	○	○	○			○	○	
80	重度障害者医療費助成制度	医療助成	市町村	市町村			○		○		○	○	○	○	○	○		○		○	○	
81	小児医療費助成事業	医療助成	市町村	市町村			○		○		○	○	○	○	○	○		○		○	○	
85	ひとり親家庭等医療費助成事業	医療助成	市町村	市町村			○		○		○	○	○	○	○	○		○		○	○	

⑤その他のレセプト記載事例について

Q１　月の途中で資格項目の変更があった場合の取扱はどのようにしたらいいのですか？ ・　保険者番号の変更の場合 ・　被保険者証の番号が変更の場合 ・　保険種別の変更がある場合 ・　老人保健で市町村番号あるいは受給者番号の変更があった場合	A１　原則としてつぎのようになります。 ・　保険者番号が変更の場合は横浜市の市内転居（区間移動を含む）の場合は月末時の資格項目で１ヶ月分をまとめて請求する。なお、それ以外の保険者の場合はそれぞれの期間にあわせてレセプトの記載をする。 ・　被保険者証の番号も前期内容と同様の考え方となります。 ・　保険種別の変更は、給付の制度の変更があったものとみなした場合、レセプトはそれぞれの状態で請求することになります。 ※　詳しい取扱については、該当保険者に照会をお願いします。 ・　老健市町村番号の変更がある場合はそれぞれの期間でレセプトの記載が必要です。なお、受給者番号の変更については、新番号で記載し、その経緯を「摘要」欄に表記してください。

Q２　公費併用及び老人保健並びに前期高齢者で一部負担金の表記が必要な場合と必要ない場合の事例を教えてください。	A２　負担額の有無を参照ください。なお、老人保健と前期高齢者は入院分と「在総診」「在医総」の算定のあるレセプトについて記載が必要です。

Q３　（歯科）横浜市の５歳未満は10割ですが、公費81を持っている場合、どのような請求になりますか。	A３　公費負担者番号（８１１４～）及び受給者番号の記載は行なわず、10割給付として請求してください。

Q４　画像フィルムをレセプトに添付したいのですが、どうしたらよいのですか？また、返却をしてもらえるのですか。	A４　画像フィルムの添付をする場合は当該レセプトに添付をお願いします。審査後に郵送にてお返しします。

Q５　（歯科）公費41の場合で未来院のレセプトの記載はどうなりますか。	A５　未来院でも公費41の一部負担金の記載は必要となります。

Q６　負担金が減額される患者の場合、それらの表示はどのようになりますか。	Ａ６　負担金額等の減免又は支払が猶予される事例は「減」「免」又は「猶」を記載します。

Q７　「減免」の請求の仕方はどのようになりますか。 （調剤）また、調剤薬局では何か、レセプトに表示をしたりするのですか。	Ａ７　レセプトに「減免証明書」を添付し請求ください。 調剤の場合は「減免証明書」のコピーを添付し請求ください。

Q８　法人化により開設者が変更になりました。関係機関などへの届出はどのようにしたらいいですか。	Ａ８　保険医療機関、保険薬局関係の新規指定の届出及び変更事例の届出事項はＰ３２の対応になります。 なお、届出関係の提出及び問合せ先は次のとおりです。 ☆　神奈川社会保険事務局保険課 045-650-2015 〒231-8345 横浜市中区尾上町 1-8 関内新井ビル３F

Q９　診療報酬の払込先銀行が合併され名称が変更になりました。連合会への届出等は必要ですか。	Ａ９　支店統合等で口座番号等の変更が出る場合は診療報酬振込先及び請求書印鑑届をもって提出してください。

Q１０　先月提出したレセプトに請求漏れがありました。今月この不足分を追加請求できますか。	Ａ１０　一部未請求部分の追加請求の取扱はできません。当初請求されたレセプトを取り下げし、返戻された後に正しいレセプトで再請求をお願いします。

Q１１　神奈川以外の保険者番号、給付割合などを確認したい時は、連合会のどの担当に電話したらいいのですか。	Ａ１１　受付担当課に照会ください。

Ｑ１２　ＯＣＲエリアの打出しをする場合の対応はどうしたらいいのですか。	Ａ１２　Ｐ３７・３８の内容に基づきＯＣＲの打出しについて、ご協力をお願いいたします。

Ｑ１３　労災等で入院中の老健の患者で国保分の請求がある場合、レセプトの記載はどうしたらいいのですか。	Ａ１３　レセプトは入院分を使用していただき、一部負担金の対応は外来分として処理してください。

内　　容	提　出　書　類
1. 保険医療機関・保険薬局の指定を受けるとき（新規指定）	**医院（診療所）の場合** 1.　開設届の受理証明（保険所長の証明したもの） 2.　案内図、平面図 3.　2箇所管理許可証の原本と写（同時に2箇所を管理するものである場合） 4.　開設許可証の原本と写（法人又は医師でないものが開設する場合） 5.　構造設備使用許可証の原本と写（許可病床のある場合） 6.　保険医登録票の原本と写（登録済みでない場合には、医師免許証原本、写及び履歴書。なお原本は確認後お返しします。） 7.　管理者の医師免許証原本と写及び履歴書 8.　登記簿謄本と定款写（法人の場合） **病院の場合** 医院（診療所）の場合の1～3、及び6,7に下記の書類 1.　開設許可証の原本と写 2.　構造設備使用許可証の原本と写 3.　登記簿謄本と定款写（法人の場合）
2. 移転したとき	旧保険医療機関・保険薬局の廃止届 保険医療機関・保険薬局指定通知書 保険医療機関遡及指定願（遡及指定が可能な場合）
3. 開設者が交替したとき	同上
4. 病院から診療所・診療所から病院に変更したとき	同上
5. 法人の代表者が変わったとき	変更届（登記簿謄本）
6. 名称を変更したとき	変更届
7. 住居表示が変わったとき	変更届
8. 管理者が変わったとき	変更届（登録票の写）
9. 病床数が変わったとき	変更届（構造設備使用許可証の写し）
10. 診療科目が変わったとき	変更届
11. その他届出事項が変わったとき	変更届
12. 保険医・保険薬剤師の採用又は退職したとき	転入転出届（変更届） （転入の場合は登録票の写し）
13. 保険医療機関・保険薬局を廃止したとき	廃止届（変更届） 保険医療機関・保険薬局指定通知書
14. 保険医療機関・保険薬局の指定を辞退しようとするとき	指定辞退届（変更届） （予告期間終了後、指定通知書を返納すること）

診療報酬明細書（入院）の記載について

①診療年月を記載する。

②都道府県番号“14”を記載する。

③医療機関コード７桁を記載する。

⑧「市町村番号」及び「老人医療の受給者番号」は医療受給者証にある８桁の市町村番号と７桁の受給者番号を記す。

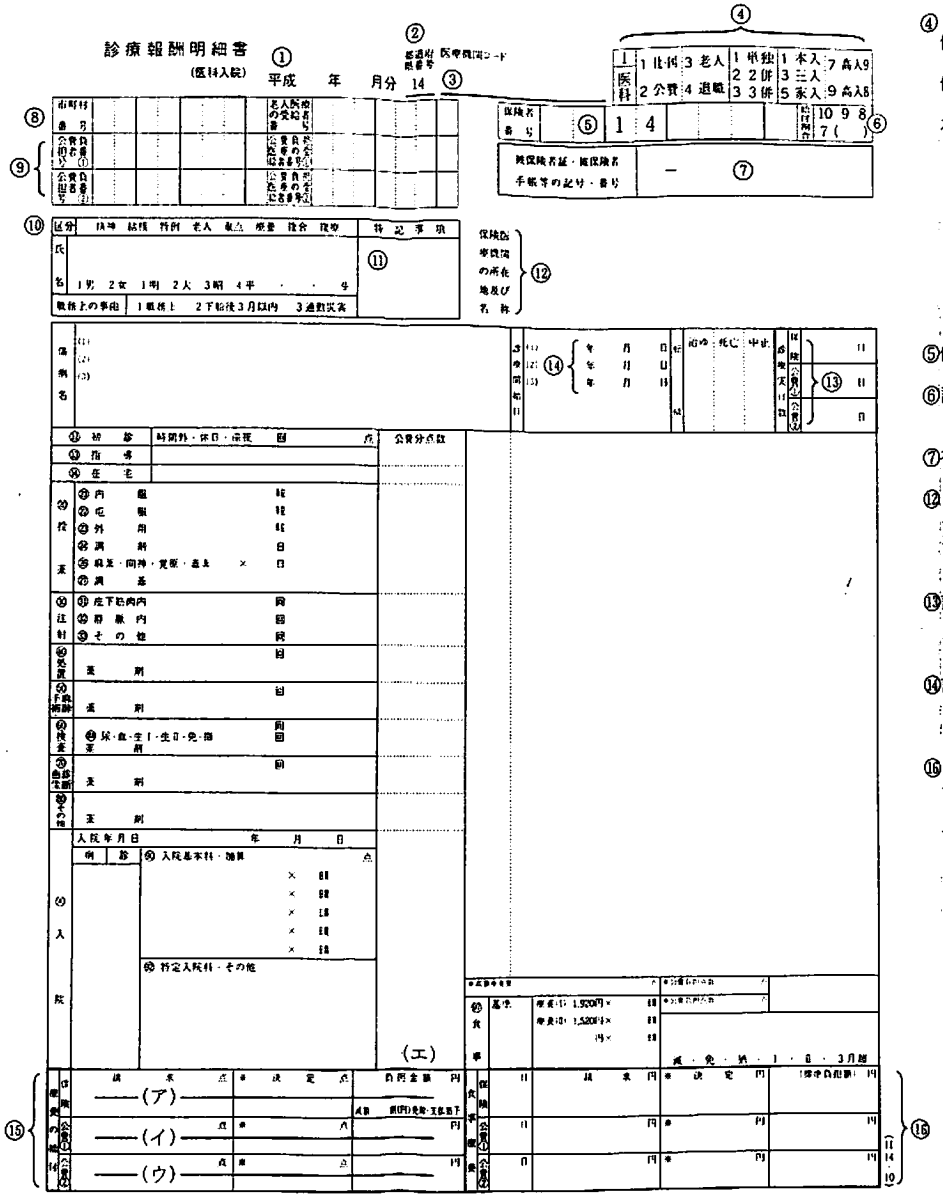
⑨「公費負担者番号①、②」及び「公費負担医療の受給者番号①、②」は８桁の公費負担者番号と７桁の受給者番号を記載する。

⑩区分については入院病棟が次に該当する場合に記載する。
01 精神（精神病棟）02 結核（結核病棟）03 特例（特例許可病棟）05 老人（老人病棟）07 療養（療養病棟）08 複合（複合病棟）09 複療（複合病棟のうち療養型病床入院）

⑪特記事項はP.26の内容にて記載する。
なお、老健被爆者の場合の対応として「13」を記載し、公費負担者番号の「1914〇〇〇〇」は省略できる。

⑮「療養の給付」の欄について
（ア）保険欄については合計点数と老人保健及び前期高齢者の負担金額を記載する。
（イ）公費①欄については公費併用（二者併用）レセプトの場合で合計点数と公費対象点数が異点数の場合に記載する。負担金額は公費に係る金額を記載する⑤1、⑪、⑮、⑯と実際の窓口徴収金額を記載する⑩、㊶等の場合がある。
なお、（エ）のカッコ内には公費対象点数に対する負担金額（窓口徴収金額～40,200円までの場合）を記載する。
（ウ）公費②欄については、公費併用（三者併用）レセプトの場合で、その対象点数を記載する。また当該公費に係る負担金額がある場合は（イ）と同様に記載する。

※ 請求点の（ア）＝（イ）＋（ウ）となるよう記載してください。
※ 負担金額の記載における注意例
・ 老人保健及び前期高齢者における８割給付該当者が４ヶ月以上入院の場合に４回目以上の高額医療費が発生した場合の負担金額は 40,200 円です。
・ 老健と公費併用異点数の場合で負担金額をそれぞれで算出する場合は負担金額は 40,200 円にプラスした金額の記載になります。



④「保険種別１・２」及び「本人・家族」欄については
保険種別１…国民健康保険は「１」老人医療は「３」退職者医療は「４」を記載する。
保険種別２…単独分「１」公費併用「２」三者併用「３」とする。
本人・家族区分…

本人入院→１本人	
３歳未満入院→３三入	
家族入院→５家入	
高齢受給者 老人医療	９割入院→７高入９
高齢受給者 老人医療	８割入院→９高入８

を記載する。

⑤保険者番号６桁を記載する。

⑥該当する給付割合を記載する。なお基本給付は省略できる。

⑦被保険者証の記号と番号を記載する。

⑫「保険医療機関の所在地及び名称」を記載し、連絡先電話番号があると望ましい。
なお、旧総合病院については「診療科」を左下隅に表示する。

⑬診療実日数は、入院日数を記載する。なお、該当公費負担医療に係る日数がある場合は公費①及び②にその日数を記載する。

⑭診療開始日は、当該保険医療機関で保険診療を開始した年月日を和暦により記載する。なお、保険種別等の変更があった場合は変更があった日を開始日として記載する。

⑯「食事療養費」の欄について
食事療養費がある場合に、日数、食事療養費額、標準負担額を記載する。
公費該当がある場合は、その該当額を記載する。

診療報酬明細書（入院外）の記載について

①診療年月を記載する。

②都道府県番号“14”を記載する。

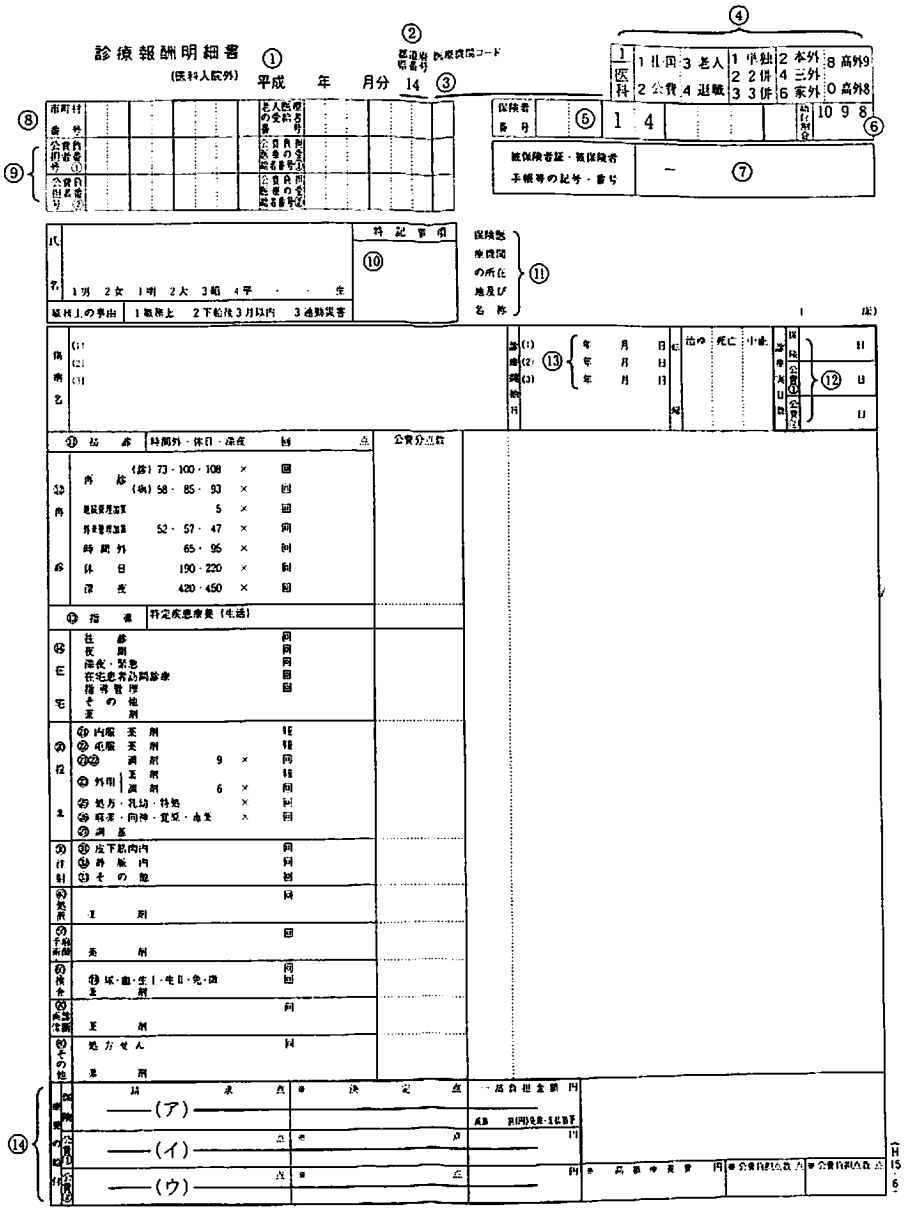
③医療機関コード７桁を記載する。

⑧「市町村番号」及び「老人医療の受給者番号」は医療受給者証にある８桁の市町村番号と７桁の受給者番号を記載する。

⑨「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」は８桁の公費負担者番号と７桁の受給者番号を記載する。

⑩特記事項はＰ.26の内容について記載する。
なお、老健被爆者の場合の対応として「13」を記載し、公費負担者番号の1914○○○○は省略できる。また、「在医総」及び「在総診」を算定したレセプトについては70を表記する。

⑭「療養の給付」の欄について
（ア）保険欄については合計点数を記載する。
なお、「在医総」及び「在総診」を算定した場合には一部負担金も記載する。
（イ）公費①欄については公費併用（二者併用）の場合で合計点数と公費対象点数が異点数の場合にその該当点数を記載する。
一部負担金額は公費に係る負担金額（㊶等）及び㊶における一部負担金額を記載する。
（ウ）公費②欄については、公費併用（三者併用）の場合にその該当点数がある場合に記載する。



④「保険種別１・２」及び「本人・家族」欄については
保険種別１…国民健康保険は「１」老人医療は「３」退職者医療は「４」を記載する。
保険種別２…単独分「１」公費併用「２」三者併用「３」とする。

本人家族区分…

本人外来→２本外	
３歳未満外来→４三外	
家族外来→６家外	
高齢受給者 老人医療	９割外来→８高外９
高齢受給者 老人医療	８割外来→０高外８

⑤保険者番号６桁を記載する。

⑥該当する給付割合を記載する。なお、基本給付は省略できる。

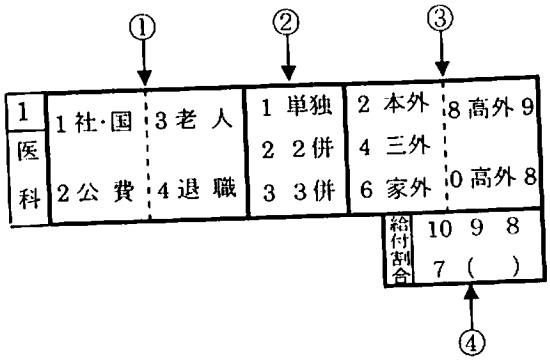
⑦被保険者証の記号と番号を記載する。

⑪「保険医療機関の所在地及び名称」を記載し、連絡先電話番号があると望ましい。
なお、旧総合病院については「診療科」を左下隅に表示する。

⑫診療実日数は、外来実日数を記載する。なお、該当公費負担医療に係る日数がある場合は公費①及び②にその日数を記載する。

⑬診療開始日は、当該保険医療機関で保険診療を開始した年月日を和暦により記載する。なお、保険種別等の変更があった場合は変更があった日を開始日とする。

明細書右上コード「保険種別」「本人家族分」欄の説明(外来)



「①欄」

国保一般は「1社·国」に○をします。

老人保健(27)は「3老人」に○をします。

退職者(本人,家族)は「4退職」に○をします。

「2公費」については,国保請求分にはありません。

「②欄」

「1単独」は公費併用でない場合及び特記欄を使った公費併用の場合に○をします。

※横浜市障害のように特記欄に「80」を記入する場合は「1単独」となります。

「2　2併」及び「3　3併」は,公費併用(受給者番号のある)の場合に○をします。

「③欄」

基本的に5つのうち年齢及び資格で1つだけに○をします。

3歳未満は「4三外」

3歳以上70歳未満の本人は「2本人」,家族は「6家族」

70歳以上(前期高齢者及び老人保健)は,患者負担額により1割負担は「8高外9」

2割負担は「0高外8」とする。

「④欄」

7割及び前期高齢者·老人保健の8割,9割は省略可能です。

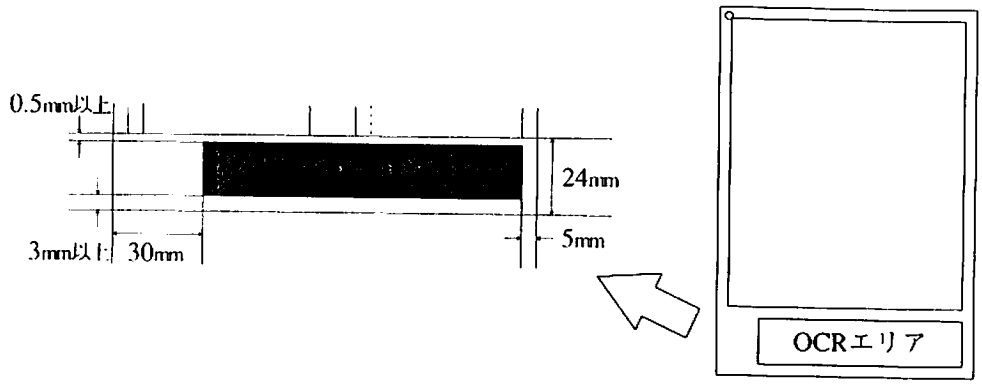
但し,組合国保の7割以外の給付は記載して下さい。

⑳　ＯＣＲエリアの設定方法

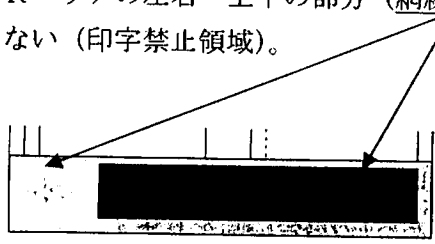
ＯＣＲエリアの位置

ＯＣＲエリアの印字開始位置は、左辺から30ｍｍとする。

- レセプト用紙下辺から24ｍｍの位置とします。
- ＯＣＲエリアの左右の位置は、左辺から30ｍｍ、右辺から5ｍｍ内側とします。
- ＯＣＲ読取対象行（１行目）の文字下端から用紙下辺まで3ｍｍ以上の位置とします。



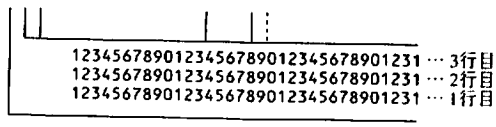
- ＯＣＲエリアの左右・上下の部分（網線部分）には、ＯＣＲ機器による読取りに支障をきたすので印字しない（印字禁止領域）。



ＯＣＲエリアの各行への印字方法

- 読取りの基準辺が下辺のため、下部から１行目を印字し、合計３行印字します。
- 各行は保険種別ごとに印字します。

・　１行目：医療保険単独分　老人保健分
・　２行目：公費単独分　２者併用分
・　３行目：３者併用分



※医科症状詳記及び調剤処方せん添付の方法

医科症状詳記あるいは処方せんの内容を明らかにすることができる資料についてはＡ列４番とし、その下端を50ｍｍ程度切り取って明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。なお、この場合にあって、複数枚の添付資料を著しくない範囲で縮小複写してＡ列４番にまとめることも差し支えないこと。

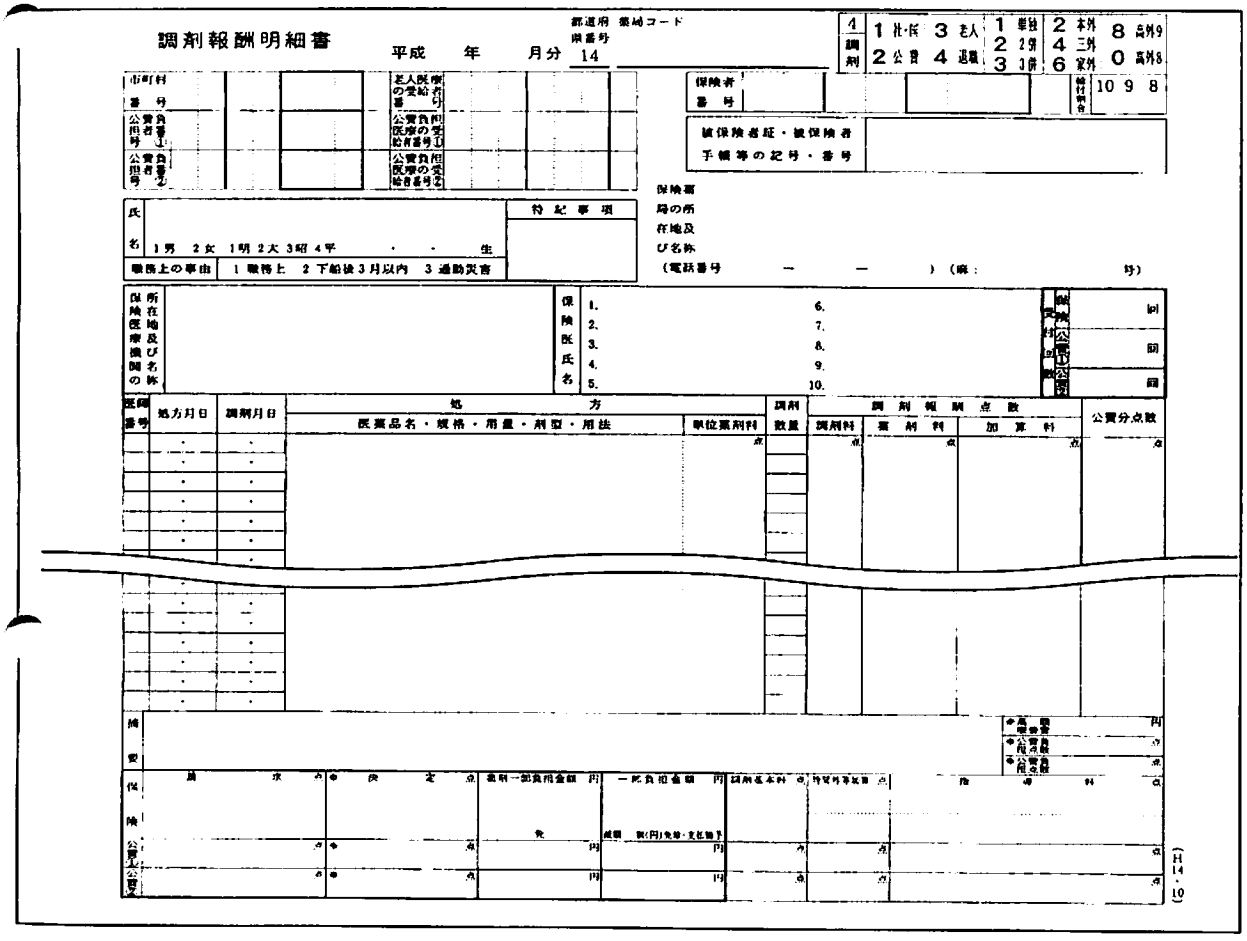
ＯＣＲ-Ｂフォントの印字文字（推奨フォント）

● 文字の大きさは 10 ポイントを推奨します。

10 ポイント　　ＯＣＲ-Ｂフォントの規格：JIS X 9001

0123456789012345678901234567890123456789012345678901234567
0123456789012345678901234567890123456789012345678901234567
0123456789012345678901234567890123456789012345678901234567
0123456789012345678901234567890123456789012345678901234567
0123456789012345678901234567890123456789012345678901234567
0123456789012345678901234567890123456789012345678901234567
0123456789012345678901234567890123456789012345678901234567
0123456789012345678901234567890123456789012345678901234567
0123456789012345678901234567890123456789012345678901234567
0123456789012345678901234567890123456789012345678901234567
0123456789012345678901234567890123456789012345678901234567

● 電算レセプトの印字例（医療保険の単独分・本人）



1310200000001150000002428 1
0613201399100170000594000840000000020109096000000000000000004411218

6. 診療報酬明細書の取り下げについて

Q１　レセプトの取り下げをしたいのですが、どのようにしたらいいのですか。	A１　Ｐ４０の用紙を使用し、取り下げの申し出をしてください。
Q２　一度明細書を提出したが、請求漏れがあった場合、漏れ分の明細書を追加で請求してもよいのでしょうか。	A２　追加で請求はできません。レセプトの取り下げをしていただき、レセプトがもどりましたら再請求してください。
Q３　電話での取り下げは依頼できますか。	A３　電話での申し出には応じておりません。
Q４　取り下げによる診療報酬の取り扱いはどうなりますか。	A４　すでに支払済み分のレセプトの取り下げは、過誤扱いとなります。
Q５　取り下げの申し出をした場合、どの程度の期間で戻ってくるのでしょうか。	A５　通常申し出分に対し３ヶ月以上の期間が必要となりますのでご承知ください。

診療報酬明細書の取り下げ依頼

平成　　年　　月　　日

神奈川県国民健康保険団体連合会
審査第一部第一課　支払調整係　殿

医療機関コード

所　在　地

名　　称

開設者氏名　　印

電　話　番　号
（照会先：担当者名　　）

下記の診療報酬明細書の取り下げを依頼します。

診療月	平成　年　月分	明細書提出月	平成　年　月
保険者番号		点数表	医・歯・調・訪・柔
被保険者証の記号番号		本人・家族の別	本人・家族
患者名		単独・併用の別	単独・併用
公費負担者番号		入院・外来の別	入院・外来
公費受給者番号		請求点数	点
		診療科	＊旧総合病院のみ記入して下さい。　科
		給付割合	10・9・8・7割

取り下げ理由(該当の番号を○で囲んで下さい)
1. 誤請求のため
2. 保険変更のため
3. 労災適用のため
4. 自賠責に変更のため
5. 本人・家族誤りのため
6. その他(理由簡記)

7. 診療報酬振込先及び請求書印鑑届について

Ｑ１　診療報酬振込先及び請求書印鑑届は、どのような場合に作成提出するのですか。	Ａ１　保険医療機関等が新規指定を受ける場合、又何らかの変更をする場合に提出する。

Ｑ２　診療報酬振込先及び請求書印鑑届について記入箇所は変更箇所だけでよいでしょうか。	Ａ２　Ｐ４２・４３にあります記載要領のとおり全て記載してください。

Ｑ３　印鑑届の印鑑は実印ですか？それとも銀行印ですか。	Ａ３　診療報酬請求書に使用する印鑑となります。

Ｑ４　印鑑届の記入欄に入りきらない場合はどうすればいいでしょうか。	Ａ４　枠外にはみ出しても結構ですので全て記載して下さい。

診療報酬振込先及び請求書印鑑届

神奈川県国民健康保険団体連合会理事長　殿

⑤ 平成　　年　　月　　日

国民健康保険診療報酬等の支払を貴会から受けるため、この振込先及び請求書使用印鑑等を下記のとおり届出します。

請求書に使用する印鑑	⑥

開設者の氏名及び住所
〔法人の場合は名称、代表者の氏名及び主たる事務所の所在地〕

④ 開設者漢字	開設者名		
	住所	行政地区	
		番地	
		方書	

① 区分		
	新規	4
	変更	6

② 点数表		
	医科	1
	歯科	3
	調剤	4
	訪問看護	6

③ 保険医療機関番号		
	1 4	
	府県	保険医療機関番号

⑦ 保険医療機関名	
カナ	
漢字	

【注】
- ○2枚目の保険医療機関異動連絡票は電算処理に使用しますので離さずに提出して下さい。
- ○フリガナはカタカナで、濁点は1マスとして記入して下さい。
- ○預金種目の番号に○印をし、口座番号は右寄せで記入して下さい。
- ○診療科目は該当番号に○印をつけて下さい。
- ○変更の場合は右下の変更項目に○印をつけて下さい。

⑧ 郵便番号　　－

⑨ 電話番号　　－　　－

⑩ 保険医療機関所在地		
行政地区	カナ	
	漢字	
番地	カナ	
	漢字	
方書	カナ	
	漢字	

振込指定金融機関	⑫ 店番号	⑬ 支店名	普通（総合口座） 1 / 当座 2	⑭ 口座番号
⑪ （信託）銀行・（労働）金庫 信用（金庫・組合）・農業協同組合		（漢字） 支店 出張所	預金種目	

⑮ 口座名義人	
カナ	
漢字	

⑯ 請求権者氏名	
カナ	
漢字	

⑰ 院外処方　無 / 有

⑱ 一部負担　定額 / 定率　病床200　未満 / 以上

⑲ 診療科目

01 内科	02 精神科	03 神経科	04 神経内科	05 呼吸器科	06 消化器科	07 胃腸科	08 循環器科	09 小児科	10 外科	11 整形外科	12 形成外科	13 美容外科	14 脳神経外科	15 呼吸器科外科	16 心臓血管外科	17 小児外科	18 皮膚泌尿器科	19 皮膚科	20 泌尿器科	21 性病科	22 肛門科	23 産婦人科	24 産科	25 婦人科	26 眼科	27 耳鼻咽喉科	28 気管食道科	29 理学診療科	30 放射線科	31 麻酔科	33 心療内科	34 アレルギー科	35 リュウマチ科	36 リハビリ科	70 一般歯科	71 矯正歯科	72 小児歯科	75 口腔外科

変更項目		
	1. 診療科	2. 振込先（銀行・支店名・口座番号）
	3. 機関の名称	4. 口座名義人　5. 所在地（郵便番号）
	6. 届出印	7. 開設者の住所　8. 請求権者氏名
	9. 定率・定額	10. 院外処方
	11. その他（　　）	

⑳

診療報酬振込先及び請求書印鑑届の記載例

前項の記入例の番号は、下記の要領で記載して下さい。

① 区分は“新規”又は“変更”の該当項目の数字を○で囲んで下さい。
（個人から法人に変わった場合は“新規”です。）

② 点数表は、該当項目の数字を○で囲んで下さい。

③ 保険医療機関番号は、神奈川社会保険事務局保険課（以下「保険課」という）から指定された７桁の番号を記入して下さい。

④ 開設者の氏名及び自宅の住所を記入して下さい。
法人の場合は法人名、代表者氏名及び法人の住所（主たる事務所の所在地）を記入して下さい。
※住所欄の方書はマンション・ビル等で開設の場合のみ記入して下さい。

⑤ 年月日は、国保連合会への提出年月日を記入して下さい。

⑥ 請求書に使用する印鑑を押印して下さい。

⑦ 保険医療機関名は、保険課に届け出たとおり記入してフリガナを付けて下さい。

⑧、⑨、⑩は、保険課に届け出た保険医療機関の郵便番号、電話番号、住所を記入し、住所はフリガナを付けて下さい。
※住所欄の方書はマンション・ビル等で開設の場合のみ記入して下さい。

⑪、⑫、⑬は、振込先の金融機関名、店番号、支店名をそれぞれ記入し、支店名はフリガナを付けて下さい。

⑭ 口座番号欄は、預金種目の番号を○で囲んで下さい。
預金種目は　1、普通預金（総合口座）　2、当座預金　9、その他です。
口座番号は右詰で記入して下さい。

⑮ 口座名義人は、金融機関に届け出たとおり記入してフリガナを付けて下さい。

⑯ 請求権者氏名は、診療報酬等の請求に関する責任者名を記入してフリガナを付けて下さい。
（法人の場合は管理者可）

⑰ 処方せんの発行の有無を○で囲んで下さい。

⑱ 病床を有する保険医療機関のみ該当箇所を○で囲んで下さい。

⑲ 保険課に届け出た診療科目の番号に○印を付けて下さい。

⑳ 変更の場合のみ、変更項目の該当番号を○で囲んで下さい。

※　開設者と請求権者、又は口座名義人が異なる場合には国保連合会備付の委任状を提出して下さい。

公立病院等で国の会計又は県市町村条例により、歳入徴収官又は収入役を定めているものは、委任状の提出は必要ありません。

記

保険医療機関の指定等の取扱機関

1. 名　　称　神奈川社会保険事務局　保険課医療係（厚生労働省の地方出先機関）
2. 所 在 地　〒231－8345　横浜市中区尾上町1－8　関内新井ビル3階
3. 電話番号　045（650）2015

委　任　状

住 所
請 求 権 者
氏 名　　㊞

住 所
口座名義人
氏 名　　㊞

私は、上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

（1）　診療（調剤）報酬等の請求に関すること。

（2）　診療（調剤）報酬等の受領に関すること。

平 成　　年　　月　　日

住 所
委任者
氏 名　　㊞

神奈川県国民健康保険団体連合会
理 事 長　　殿

8. 資格証明書世帯のレセプト（特別療養費）の請求方法について

特別療養費の概要

保険者が特別の理由なく保険料（税）を滞納している者に対して、被保険者証の返還を求めることができ、被保険者証が返還されたときは、これに代えて被保険者資格証明書を交付することとされている。

この資格証明書の発行を受けた世帯主又は組合員の世帯に属する被保険者が、保険医療機関等若しくは特定承認保険医療機関又は指定訪問看護事業者について診療又は薬剤の支給を受けたときは、療養の給付又は特定療養費の支給を行わず、これに代えて療養費を支給することとされている。この療養費を特別療養費という。

1　被保険者の留意事項

（1）　特別療養費の支給を受けるためには、療養の給付等を受ける場合と同様に自己の選定した保険医療機関等の窓口で資格証明書を提出しなければならない。

（2）　被保険者は保険医療機関窓口で療養に要した費用の金額をいったん支払う。特別療養費支給申請に当たっては、保険医療機関等が発行した領収書を添付すること。

2　保険医療機関等の取扱い

（1）　特別療養費に要した費用の支払いを受ける際に、当該療養に要した費用につき支払いを行った世帯主又は組合員に対し領収書を交付しなければならない。届書の取扱いについては次のとおりである。

①　この届書の様式は、診療（調剤）報酬明細書（以下「レセプト」という）を使用すること。この場合、レセプトの**上部余白に『特別療養費』と朱書**をし、療養の給付等の請求との区別を行う。

②　当該保険医療機関等は、下記の事項を記載した届書（レセプト）を国民健康保険団体連合会（保険者から審査委託）に提出する。

ア）当該保険医療機関等若しくは特定承認保険医療機関又は指定訪問看護事業者の名称及び所在地

イ）療養を受けた被保険者の氏名、性別、生年

ウ）傷病名、診療開始日、診療実日数、転帰及び療養内容

エ）療養につき算定した費用の額

オ）保険者番号及び被保険者資格証明の記号番号

③　このレセプトは、<u>各月分について翌月10日までに国民健康保険団体連合会に送付する。</u>

④　診療報酬請求書及び明細書と別綴じにし、<u>総括票及び請求書には、件数、点数等は含まない。</u>

⑤　当該届書は、レセプト単独で別封筒等に入れ、提出する。

（2）　国民健康保険団体連合会は、審査を行い、その結果を当該保健医療機関等に対し、書面により通知することとされている。

なお、書面は、送付されたレセプトの写しを使用して差し支えないとされていることから、現行では写しを使用して通知している。

9. 老人医療（類似老健）[法別 41] の取扱い市町村について

神奈川県内市町（下記表）で独自に医療保険各法の加入者（老人保健法による医療の受給者を除く）を対象に老人医療公費負担制度があり、この制度（現物給付）の取扱いは原則として県内の保険医療機関が対象です。

なお、受診の際には、被保険者証と老人医療証㊦を窓口に提示することになっています。（提示のない場合は療養費払い）

老人医療費助成制度は、実施市町村によって取扱い内容が多少異なります。下記の表を参考に取り扱いをお願いします。

㊦医療証の公費負担者番号、受給者番号を、診療報酬明細書の左上部の公費負担者番号①、受給者番号①欄に記入して請求してください。

実施市町村名	電話番号	公費負担者番号				対象年齢	備考
		法別番号	県番号	実施機関番号	検証番号		
川崎市	044-200-2111	41	14	501	2	67～69	
平塚市	0463-23-1111	41	14	004	7	68～69	一定以上所得の方は2割負担。
藤沢市	0466-25-1111	41	14	006	2	67～69	平成14年10月より非課税世帯のみ。
小田原市	0465-33-1845	41	14	007	0	68～69	平成13年10月より非課税世帯のみ。
相模原市	0427-54-1111	41	14	010	4	68～69	平成15年1月に制度は廃止。それまでに適用を受けた対象者のみ前期高齢者該当まで有効。
秦野市	0463-82-5111	41	14	012	0	68～69	65才以上のひとり暮らし老人を含む
厚木市	046-225-2120	41	14	013	8	68～69	
大和市	046-260-5115	41	14	014	6	65～69	ひとり暮らし老人等実施
伊勢原市	0463-94-4711	41	14	015	3	68～69	65～67才のねたきり老人及びひとり暮らし老人を含む
海老名市	046-231-2111	41	14	016	1	68～69	65～67歳のひとり暮らし老人を含む。平成11年4月より所得制限あり。
座間市	046-252-7003	41	14	017	9	67～69	平成14年度から段階的に年齢を引上げ、平成17年度に制度廃止。
南足柄市	0465-74-2111	41	14	018	7	67～69	現物給付及び償還 65歳以上のひとり暮らし老人を含む。
綾瀬市	0467-77-1111	41	14	053	4	69	
寒川町	0467-74-1111	41	14	052	6	68～69	平成15年4月より非課税世帯のみ。
開成町	0465-83-2331	41	14	060	9	68～69	

※　訪問看護ステーションは全実施市町村　二枚複写のレセプトを使用して下さい。

※川崎市の公費負担者番号については次のとおり各区対応となります。

区名	公費負担者番号			
川崎区	41	14	501	2
幸区	41	14	502	0
中原区	41	14	503	8
高津区	41	14	504	6

区名	公費負担者番号			
多摩区	41	14	505	3
宮前区	41	14	506	1
麻生区	41	14	507	9

類似老人医療(法別41)についての負担金額の記載例について

◎一定以上所得者(入院)の場合の患者負担額の計算方法

公費負担者番号①	4	1	1	4	★	★	★	★

1国	2併	1本人
		7割

	請求点	決定点	負担金額 円
保険	78928		
公費①			
公費②			

← 76578円を記載

患者負担額計算式

72300＋(78928×10－**361500**)×0.01＝76577.8≒76578円

患者負担額として76578円を記入します。

法別41の場合、老健に準ずる為、患者負担額の1%の計算では361500円を引きます。

医療費計算

【公　　費】

請求点数×3割-患者負担額が基本です。

但し、請求点数が24100点超だと高額医療費が発生します。

この場合も78928点＞24100点なので、以下の計算式で公費分を割り出します。

72300円＋(請求点数×10－**241000**円)×0.01－患者負担額

＝72300＋(78928×10－241000)×0.01－76578

＝77782.8－76578＝1204.8≒1205円

【国　　保】

請求点数×7割+高額医療費

請求点数×7割+請求点数×3割-｛72300＋(請求点数×10－**241000**)×0.01｝

＝78928×7＋78928×3-｛72300＋(78928×10－241000)×0.01｝

＝552496＋236784－77782.8≒552496＋236784－77783

＝711497

【患者負担額】

72300＋(78928×10－**361500**)＝76577.8≒76578円

◎　**太字**の数字に気をつけてください

老人医療(法別＝「41」㊦)一部負担金の取扱いについて

老人保健及び高齢受給者(9.8 割給付)の外来に係る一部負担金は、診療(調剤)報酬明細書に記載する必要がありませんが、(除く在総診及び在医総)類似老人(41)に係る一部負担金については、窓口徴収額をレセプトの「公費①一部負担金」欄に記載が必要です。

また、歯科保険医療機関においては医療保険法等の改正に伴い、患者が歯冠修復物及び欠損補綴物を作成後、診療を中止したため装着できない場合の、歯冠修復物等の費用を請求する場合(未来院)の一部負担金の取扱いが、次のとおり一部変更となりましたので留意をお願いします。

(改正前)

	医療機関の窓口	審査支払機関の請求計算
医療保険	一部負担金を徴収する	医療費から一部負担金を控除した額を請求
老人保健(㊦を含む)	一部負担金は徴収しない	医療費全額を請求

(改正後)

	医療機関の窓口	審査支払機関の請求計算
医療保険	一部負担金を徴収する	医療費から一部負担金を控除した額を請求
老人保健(㊦を含む)	一部負担金は徴収する	医療費から一部負担金を控除した額を請求

※老人保健については医療保険と同様の取扱いとし、一部負担金を徴収することとなります。

１０．小児医療助成事業実施状況について

平成 15 年4月1日現在

市町村名	担当課	（担当係）	所得制限の有無	通院対象年齢								入院対象年齢	給付方法									入院給食費		備考
				0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	就学前	6歳		現物給付					償還払い					自己負担	公費負担対象年齢	
			内容										0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	就学前	6歳	就学以降			
横浜市	医療援助課	福祉医療係	0歳なし、1～4歳独自制限、5歳以上一般・特例					○				中学卒											4歳まで	
川崎市	福祉医療課	福祉医療班	0歳なし、1～4歳独自制限、5歳以上特例給付					○				〃											中学卒まで	
横須賀市	子育て支援課	医療手当担当	0歳なし、4歳通院一般、それ以外特例給付					○				〃		※	※	※	※					あり		
平塚市	保険年金課	小児老人医療担当	0歳なし、1歳以上特例給付				○					〃										〃		
鎌倉市	保険年金課	医療給付担当	0歳なし、1歳以上特例給付					○				〃										〃		4／1改正
藤沢市	医療予防課	医療費給付担当	3歳までなし、4歳以上特例給付				○					〃										〃		
小田原市	保険課	医療給付担当	0歳なし、1歳以上特例給付				○					〃										〃		
茅ヶ崎市	健康づくり課	医療給付担当	0歳なし、1歳以上特例給付					○				〃										〃		
逗子市	福祉課	児童係	0歳なし、1歳以上特例給付				○					〃		※	※	※						〃		
相模原市	地域医療課	医療給付係	0歳なし、1歳以上特例給付					○				〃										〃		
三浦市	保険年金課	医療・年金係	0歳なし、1・2歳特例、3歳以上一般・特例			○						〃										〃		4／1改正
秦野市	児童福祉課	母子児童班	0歳なし、1歳以上特例給付				○					〃										〃		
厚木市	医療給付課	医療給付係	0歳なし、1歳以上特例給付				○					〃										〃		
大和市	医療健康課	福祉医療担当	0歳なし、1歳以上特例給付				○					〃										〃		
伊勢原市	保険年金課	医療助成係	特例給付				○					〃										〃		
海老名市	児童福祉課	児童母子担当	0歳なし、1歳以上特例給付				○					〃										〃		
座間市	市民健康課	予防・医療係	0歳なし、1歳以上特例給付				○					〃										〃		
南足柄市	保険年金課	医療給付担当	0歳なし、1歳以上特例給付				○					〃		※	※	※						〃		
綾瀬市	福祉課	児童係	0歳なし、1歳以上一般・特例				○					〃										〃		
葉山町	福祉課	児童福祉係	0歳なし、1歳以上特例給付			○						〃										〃		
寒川町	福祉課	児童福祉担当	0歳なし、1歳以上特例給付							○		〃										〃		
大磯町	健康福祉課	健康づくり班	0歳なし、1歳以上一般・特例	○								〃										〃		
二宮町	住民課	保険医療係	0歳なし、1歳以上一般・特例				○					〃										〃		4／1改正
中井町	保険福祉課	健康づくり班	すべて制限なし								○	〃										〃		4／1改正
大井町	福祉課		0歳なし、1歳以上一般・特例			○						〃										〃		4／1改正
松田町	保険福祉課	福祉班	2歳なし、3歳以上一般・特例			○						〃										〃		4／1改正
山北町	健康福祉課	福祉推進班	2歳までなし、3歳以上一般・特例			○						〃										〃		
開成町	保険福祉課	福祉係	2歳までなし、3歳以上特例給付			○						〃										〃		
箱根町	健康福祉課	子育て支援班	すべて制限なし							○		〃										〃		
真鶴町	福祉健康課	社会福祉係	2歳なし、3歳以上一般・特例			○						〃										〃		4／1改正
湯河原町	福祉課		2歳なし、3歳以上一般・特例			○						〃										〃		4／1改正
愛川町	福祉課	社会福祉総務班	就学前までなし、小学1年以上特例給付							○		〃										〃		
清川村	保険福祉課	福祉係	就学前までなし、小学1年以上特例給付							○		〃										〃		4／1改正
城山町	福祉推進課	子育て支援班	0歳なし、1歳以上特例			○						〃										〃		4／1改正
津久井町	児童福祉課	児童福祉係	0歳なし、1歳以上特例			○						〃										〃		4／1改正
相模湖町	町民課	児童班	0歳なし、1歳以上特例			○						〃										〃		
藤野町	健康福祉課	福祉班	0歳なし、1歳以上一般・特例				○					〃										〃		
計	37市町村	（19市17町1村）	制限なし2、0歳なし26、2歳までなし5、3歳までなし1、就学前までなし2、特例給付1	1	0	11	14	6	0	4	1	現物給付	1	0	11	15	6	0	3	1	0			
												償還払い	0	1	0	11	15	6	0	3	1	35	2	

※の入院は償還払い

11. 重度障害者医療制度実施市町村について

平成15年4月1日

区分 / 実施者	取扱範囲				点数表			薬剤一部負担金	食事標準負担額	備考
	国保	全国組合	老健	医保	診療報酬	訪問看護	柔整			
横浜市	80	8014	—	8014	○	○	○	注1○	注1○	国保10割
川崎市	80	8014	—	8014	○	○	○	○	○	
横須賀市	8014	8014	8014	8014	○	○	○	○	—	
平塚市	80	—	—	—	○	○	○	○	—	
鎌倉市	8014	8014	8014	8014	○	○	○	○	—	
藤沢市	8014	8014	8014	8014	○	○	○	○	—	
小田原市	80	8014	8014	8014	○	○	○	○	—	
茅ヶ崎市	80	—	8014	8014	○	—	○	○	—	
逗子市	80	—	—	—	○	—	○	○	—	
相模原市	8014	8014	8014	8014	○	○	○	○	—	
三浦市	8014	8014	8014	8014	○	○	○	○	—	
秦野市	80	8014	8014	8014	○	○	○	○	—	
厚木市	80	—	8014	8014	○	—	○	○	—	柔整(医保)未委託
大和市	8014	8014	8014	8014	○	○	○	○	—	
伊勢原市	8014	8014	8014	8014	○	○	○	○	—	
海老名市	80	8014	8014	8014	○	○	○	○	—	
座間市	8014	8014	8014	8014	○	○	○	○	—	
南足柄市	8014	8014	8014	8014	○	○	○	○	—	
綾瀬市	8014	8014	8014	8014	○	○	○	○	—	
葉山町	80	8014	8014	8014	○	—	○	○	○	
寒川町	8014	8014	8014	8014	○	○	○	○	—	
大磯町	8014	8014	8014	8014	○	○	○	○	○	
二宮町	8014	8014	8014	8014	○	—	○	○	—	
中井町	8014	8014	8014	8014	○	○	○	○	—	
大井町	8014	8014	8014	8014	○	○	○	○	○	
松田町	8014	8014	8014	8014	○	○	○	○	—	
山北町	8014	8014	8014	8014	○	○	○	○	—	
開成町	8014	8014	8014	8014	○	○	○	○	○	
箱根町	80	8014	8014	8014	○	○	○	○	—	
真鶴町	80	8014	8014	8014	○	○	○	○	—	
湯河原町	80	8014	8014	8014	○	○	○	○	—	
愛川町	8014	8014	8014	8014	○	—	○	○	—	
清川村	8014	8014	8014	8014	○	—	○	○	—	
城山町	8014	8014	8014	8014	○	—	○	○	—	
津久井町	8014	8014	8014	8014	○	—	○	○	—	
相模湖町	8014	8014	8014	8014	○	—	○	○	—	
藤野町	8014	8014	8014	8014	○	—	○	○	—	
医師国保組合	80	—	(8014)	—	○	○	○	—	—	国保10割
歯科医師国保組合	80	—	(8014)	—	○	○	○	—	—	
食品国保組合	80	—	(8014)	—	○	○	○	—	—	
薬剤師国保組合	80	—	(8014)	—	○	○	○	—	—	
建設業国保組合	80	—	(8014)	—	○	○	○	—	—	
建設連合国保組合	80	—	(8014)	—	○	○	○	—	—	

注2 注3 注4

注1. 横浜市の食事療養費標準負担額については他法優先。
注2. 国保組合と重度障害者医療助成制度(8014)の医療証を別途に発行している市町村の取り扱いについては国保組合の被保険者証にて資格の確認をし、重度障害者医療助成制度㊽表示があるものは特記80と給付10割で請求して下さい。また、㊽の表示がないものは基本給付で請求し障害分については市町村が償還払い。
注3. 国保組合の老健については市町村の取り扱いにより実施。

12. 神奈川県国保保険者給付割合一覧

平成15年4月1日

保険者名				一部負担金割合	結核・精神の医療費に関する保険者助成		障害者(80)			ひとり親(85)	小児医療(81)	備考
					結核(34条・35条)	精神(29条・32条)	国保	老健	全国組合			
横浜市	144006(代表番号)	保険年金課	045-671-2121		○食	○食	80 10割食	×	8014	○食	4歳食(入院は5歳以上償還払)	10割 医科1歳未満、歯科5歳未満
川崎市	145003(代表番号)	保険年金課	044-200-2111		○	○	80食	×	8014	○食	4歳食	
横須賀市	140038	健康保険課	046-822-4000		○	○	8014	8014	8014	○	4歳	
平塚市	140046	保険年金課	0463-23-1111		○	○	8014	8014	8014	○	3歳	
鎌倉市	140053	保険年金課	0467-23-3000		○	○	8014	8014	8014	○	4歳	
藤沢市	140061	保険年金課	0466-25-1111		○	○	8014	8014	8014	○	3歳	
小田原市	140079	保険課	0465-33-1835		○	○	80	8014	8014	○	3歳	
茅ヶ崎市	140087	保険年金課	0467-82-1111		○	○	80	8014	×	○	4歳	
逗子市	140095	保険年金課	046-873-1111		○	○	80	×	×	○	4歳(10月1日より)	
相模原市	140103	国民健康保険課	042-754-1111	一般・退職者	○	○	8014	8014	8014	○	4歳	
三浦市	140111	保険年金課	046-882-1111	3割	○	○	8014	8014	8014	○	2歳	
秦野市	140129	国保年金課	0463-82-5111		○	○	80	8014	8014	○	3歳	
厚木市	140137	国保年金課	046-225-2120	70歳以上(前期高齢者) 1割	○	○	80	8014	×	○	3歳	
大和市	140145	保険年金課	046-260-5115	70歳以上(前期高齢者) 2割	○	○	8014	8014	8014	○	3歳	
伊勢原市	140152	保険年金課	0463-94-4711	3歳未満 2割	○	○	8014	8014	8014	○	4歳(10月1日より)	
海老名市	140160	保険年金課	046-231-2111	3歳未満 2割	○	○	80	8014	8014	○	3歳	
座間市	140178	国保年金課	046-252-7003		○	○	8014	8014	8014	○	3歳	
南足柄市	140186	保険年金課	0465-74-2111		○	○	8014	8014	8014	○	3歳	
綾瀬市	140533	国保年金課	0467-77-1111		○	○	8014	8014	8014	○	3歳	
葉山町	140517	町民課	046-876-1111		○	○	80食	8014	8014	○	2歳	
寒川町	140525	保険年金課	0467-74-1111		×	×	8014	8014	8014	○	就学前まで	
大磯町	140541	保険年金課	0463-61-4100		×	×	8014食	8014	8014	○	0歳	
二宮町	140558	住民課	0463-71-3311		○	○	8014	8014	8014	○	3歳	
中井町	140566	住民課	0465-81-1111		×	×	8014	8014	8014	○	6歳	
大井町	140574	町民課	0465-85-5007		×	×	8014食	8014	8014	○	2歳	
松田町	140582	町民環境課	0465-83-1225		×	×	8014	8014	8014	○	2歳	
山北町	140599	町民課	0465-75-1122		×	×	8014	8014	8014	○	2歳	
開成町	140608	住民課	0465-83-2331		×	×	8014食	8014	8014	○	2歳	
箱根町	140616	町民課	0460-5-9564		○	○	80	8014	8014	○	就学前まで	
真鶴町	140624	保険課	0465-68-1131		×	×	80	8014	8014	○	2歳	
湯河原町	140632	保険課	0465-63-2111		×	×	80	8014	8014	○	2歳	
愛川町	140640	健康づくり課	046-285-2111		×	×	8014	8014	8014	○	就学前まで	
清川村	140657	住民課	046-288-3859		×	×	8014	8014	8014	○	就学前まで	
城山町	140665	町民課	042-782-1111		×	×	8014	8014	8014	○	2歳	
津久井町	140673	保険年金課	042-784-1141		×	×	8014	8014	8014	○	2歳	
相模湖町	140681	町民課	0426-84-3211		×	×	8014	8014	8014	○	2歳	
藤野町	140699	町民課	0426-87-2111		×	×	8014	8014	8014	○	3歳	

保険者名				組合員	家族	組合員	家族	組合員	家族	障害者(80)	ひとり親(85)	小児医療(81)	
神奈川県医師国保組合	143016	資格給付担当	045-231-2685	2割	2割	×	×	×	×	80 10割食	注1	10割 医科1歳未満、歯科5歳未満	
神奈川県歯科医師国保組合	143024	資格給付担当	046-641-5418	2割	入院2割外来3割	×	×	×	×	80 10割食	注1	注1	
神奈川県食品衛生国保組合	143032	給付課	045-716-5956	3割	3割	×	×	×	×	80 10割食	注1	注1	
神奈川県薬剤師国保組合	143040	資格給付担当	045-761-3245	2割	3割	×	×	×	×	80 10割食	注1	注1	
神奈川県建設業国保組合	143057	資格給付担当	045-332-6731	1割※	3割	×	×	×	×	80 10割食	注1	注1	
神奈川県建設連合国保組合	143065	給付課	045-453-9661	2割	3割	○	×	○	×	80 10割食	注1	注1	
全国土木建築国保組合	133033		03-5210-4385	3割	3割	○	○	○	○	注1	注1	注1	
全国建設工事業国保組合	133298		03-5652-7001	3割	3割	×	×	×	×	注1	注1	注1	

※ (食) は公費負担助成分において入院時食事療養にかかる標準負担額の助成あり。
※ 市町村単独事業については詳細は各市町村(実施者)にお問い合わせ下さい。
※ 注1、組合員が居住する市町村による。(県内居住者)
※ 神奈川県建設業国保組合は平成15年10月1日より本人2割に変更になります。

神奈川県国民健康保険団体連合会
〒220-0003
横浜市西区楠町27-1
電話 045-329-3400 (大代表)

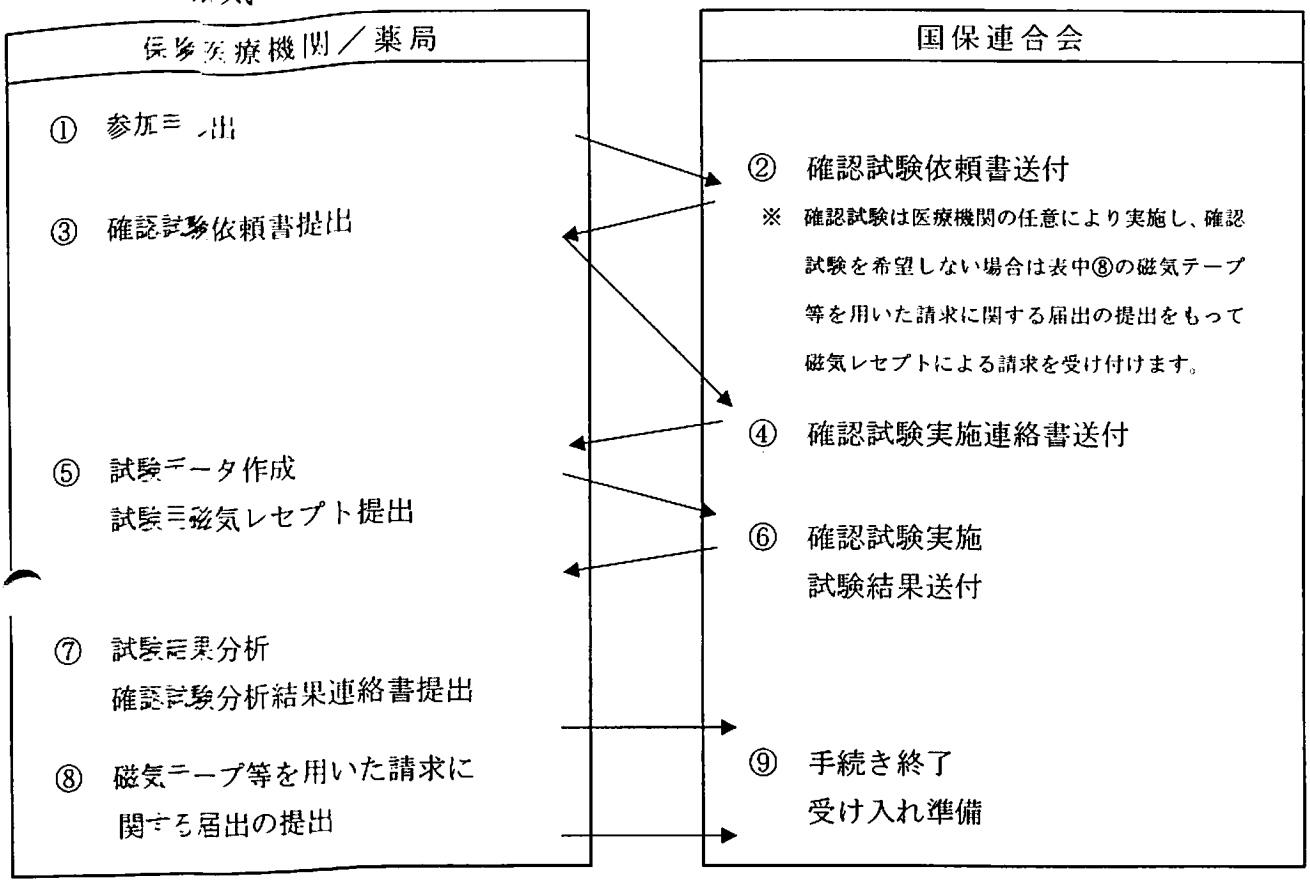
13. レセプト電算（磁気レセプト）請求の取扱い

Q１　レセプト電算移行に伴う問い合わせ等は、連合会のどちらの担当の方に問い合わせしたらいいのでしょうか。	A１　受付方法に関する質問は審査第２部第１課、その他電算処理内容については企画事業部情報システム課（045-329-3442）になります。
Q２　磁気レセプトを連合会に直接持参する場合、どのように提出すればよいのでしょうか。	A２　搬入の途中で、磁気汚染・破損等がないように磁気保護ケースでの搬入をお願いしております。磁気レセプトに関しても総括票は必須となりますので併せて提出していただきます。なお、調剤につきましては、処方箋の写しも提出していただきます。提出の効率化を図るため複数医療機関を提出の際は、提出書類とFD等を医療機関ごとにまとめて提出してください。
Q３　郵送で磁気レセプトを連合会に郵送する場合、どのように送ればいいのでしょうか。	A３　搬入の過程上、磁気汚染・破損等がないように磁気保護ケースでの郵送をお願いいたします。なお、封筒等に朱書きで「磁気レセプト在中」と明記してください。
Q４　磁気レセプトの受付はどこの保険者でも行っているのでしょうか。	A４　どこの保険者でも受付しています（詳細につきましては各保険者にお問い合わせください）。
Q５　磁気レセプトによる請求に対する請求書（若草色用紙）の提出は必要ですか。	A５　不要です（紙による返戻明細書の再請求分は除く）。
Q６　返戻明細書の再請求分はどのように請求するのですか。	A６　再請求等は磁気レセプトによる記録はしないで下さい。
Q７　磁気レセプトによる請求の場合、受領書（総括票）の記載の仕方を教えてください。	A７　受領書（総括票）につきましては、各項目について磁気レセプト記録分と返戻明細書の再請求分を合算して記入してください。
Q８　磁気レセプトによる福祉医療費の医保（社会保険分）請求についてはどうすればいいのでしょうか。	A８　磁気レセプトに入力せずに、所定の用紙にて請求してください。

Ｑ９　磁気レセプトによる特別療養費（資格証明書世帯）の提出方法はどのようにすればいいのでしょうか。	Ａ９　特別療養費（資格証明書世帯）については所定（紙レセプト）の取扱とし、磁気レセプトには記録しないで下さい。（Ｐ４６を参照ください。）

Ｑ１０　調剤による処方箋の写しなどの提出方法を教えてください。	Ａ１０　磁気レセプト提出時に一緒に提出して下さい。また、その際には「処方箋（写）提出票」に必要事項を記載の上添付して下さい。

磁気レセプトによる請求を開始するまでの手続き



補足

"③ 確認試験依頼書提出"
試験実施を希望する月の前月 20 日までに提出して下さい。

"⑤ 試験データ作成 試験用磁気レセプト提出"
試験実施月の 10 日までに提出してください。

"⑥ 確認試験実施 試験結果送付"
試験終了後、直ちに送付します。送付するものは以下の通りです。

- 審査用出力紙レセプト ・各種リスト（エラー一覧等） ・確認試験用磁気レセプト
- 確認試験分析結果連絡書（ブランク用紙）
- 磁気テープ等を用いた請求に関する届出（ブランク用紙）

"⑦ 試験結果分析 確認試験分析結果連絡書提出"
エラー内容を分析、改善方法を記入の上、試験実施月の 20 日までに提出して下さい。

"⑧ 磁気テープ等を用いた請求に関する届出の提出"
請求開始を希望する月の前月 20 日までに提出して下さい。
この届出をもって手続きを終了し、希望する月から磁気レセプトによる請求を開始します。

※ なお、磁気レセプトによる請求開始年月を記載する項目については、実際に診療報酬の請求として磁気レセプトを審査支払機関に提出する月を記載して下さい（診療年月ではありません）。

例. 平成 15 年 9 月診療分の診療報酬から請求を開始する場合 → 平成 15 年 10 月請求分より開始

［別添１］

磁気テープ等を用いた請求に関する届出

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記録した厚生労働大臣の定める規格に適合する磁気テープ等を用いた請求を 開始 中止 変更 することに関し、「療費の給付、老人医療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。

平成　　年　　月　　日

（審査支払機関名）　御中

開設者　住所

氏名　　㊞

点数表区分	医科	医療機関コード		電話番号	（　　）
保険医療機関名				郵便番号	－　　－
保険医療機関所在地					
機種名	（メーカー名）				
プログラム名称	（メーカー名）				
ハード、ソフト一体型の名称	（メーカー名）				
プログラム作成者	氏名又は名称（代表者氏名）				
	住所				
請求開始・中止・変更年月	平成　年　月請求分から	磁気媒体（記録形式）			※受付印
（摘要）		（JIS 固定項目長形式） MT FD3.5 インチ	（MS-DOS 固定項目長形式） MO3.5 インチ	（MS-DOS-CSV 形式） MO3.5 インチ FD3.5 インチ	

作成要領

1　この様式は、磁気テープ等を用いた請求を開始、中止又は変更しようとするとき、保険医療機関の所在する審査支払機関に提出するものとする。

2　磁気テープ等を用いた請求を開始、中止又は変更しようとするとき、その別を○で囲むものとする。

3　「医療機関コード」、「保険医療機関名」、「電話番号」、「保険医療機関所在地」及び「郵便番号」欄については、保険医療機関届で届け出た記載内容を記入するものとする。

4　「機種名」欄については、ハード（電算機本体）の機種名（シリーズ名等）及びメーカー名を記入するものとする。

（注）ハード、ソフト一体型の場合は、記入の必要はないものとする。

5　「プログラム名称」欄については、ソフトの名称及びメーカー名を記入するものとする。

（注）ハード、ソフト一体型の場合は、記入の必要はないものとする。

6　「ハード、ソフト一体型の名称」欄については、ハードに計算処理を行うソフトが組み込まれた状態で販売されている製品であって、そのソフト部分を使用者が変更できないものをいい、機種名（シリーズ名等）及びメーカー名を記入するものとする。

7　「プログラム作成者」欄については、当該プログラムの作成者の氏名又は名称及び住所並びに法人にあってはその代表者の氏名を記入するものとする。

8　「請求開始・中止・変更年月」欄については、磁気テープ等を用いた請求を開始、中止又は変更しようとするときに、診療報酬の請求年月を記入するものとする。

9　「磁気媒体（記録形式）」欄については、使用する媒体の種類を○で囲むものとする。

［別添２］

平成　　年　　月　　日

（審査支払機関名）　御中

開設者　住所
　　氏名

磁気レセプト確認試験依頼書

磁気テープ等を用いた請求を開始するにあたり、確認試験を受けたいので次のとおり依頼します。

依頼回数	新規・回目	医　療　機　関　コ　ー　ド			
保険医療機関名			電話番号		
保険医療機関所在地	〒				
メーカー名		機種名			
磁　気 媒　体	(JIS／固定項目長形式) MT FD 3.5 インチ	(MS-DOS ／固定項目長形式) MO3.5 インチ	(MS-DOS／CSV 形式) MO3.5 インチ FD3.5 インチ	見　込 件　数	入院 外来

注）本依頼書の提出期日は確認試験を実施する月の前月 20 日までとする。

……キ‥リ‥ト‥リ‥セ‥ン……

平成　　年　　月　　日

（保険医療機関名）御中

（審査支払機関名）

磁気レセプト確認試験実施連絡書

平成　　年　　月　　日にご依頼のありました確認試験につきましては、次により実施いたします。なお、ご提出いただく磁気媒体の貼付ラベルの余白に「試験用」と朱記されますようお願いします。

1　磁気レセプトの提出期日　　月　　日まで

2　磁気レセプトの提出先　　（審査支払機関名）

3　確認試験の実施予定日　　月　　日

4　試験結果のリスト等の発送予定日　　月　　日

5　その他

「磁気テープ等を用いた請求に関する届出」を提出する場合は、磁気レセプトでの請求を開始する月の前月 20 日までにお願いします。

平成　　年　　月　　日

（保険医療機関名）　　御中

（審査支払機関名）

磁気レセプト確認試験結果連絡書

先にご依頼のありました確認試験の結果につきましては、下記のとおり資料を送付いたします。

この資料内容をご検討のうえ、「磁気テープ等を用いた請求に関する届出」を提出する場合は、磁気レセプトでの請求を開始する月の前月20日までにお願いします。

なお、再試験を希望される方は、再度「磁気レセプト確認試験依頼書」をご提出下さい。

記

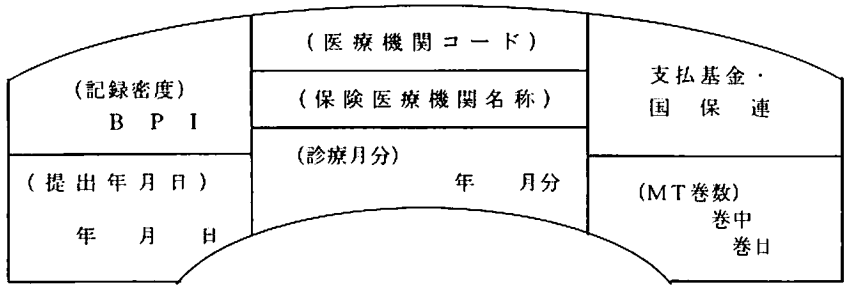
1　審査用出力紙レセプト
2　受付エラー連絡表
3　確認試験結果リスト
4　試験済磁気レセプト

〔別添３〕

磁気媒体の貼付ラベル

（JIS／固定項目長形式）

（MT用）



（FD用）

医療機関コード　　支払基金・国保連
保険医療機関名称
診療月分　　年　　月分
提出年月日　　年　　月　　日
ＦＤ枚数　　枚中　　枚目

（MS-DOS／固定項目長形式）

（MO用）

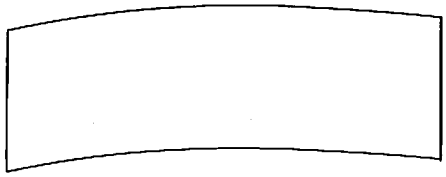
（ＭＳ－ＤＯＳ／固定項目長）　　支払基金・国保連
医療機関コード
保険医療機関名称
診療月分　　年　　月分
提出年月日　　年　　月　　日
媒体枚数　　枚中　　枚目

（MS-DOS／CSV形式）

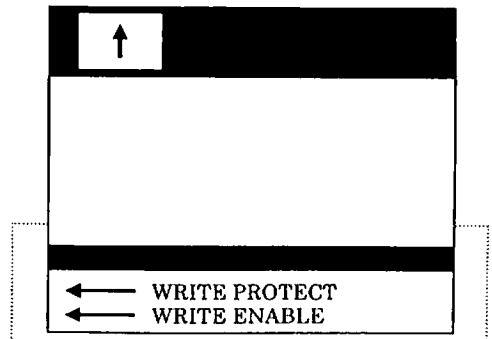
（MO・FD用）

（ＭＳ－ＤＯＳ／ＣＳＶ）　　支払基金・国保連
医療機関コード
保険医療機関名称
診療月分　　年　　月分
提出年月日　　年　　月　　日
媒体枚数　　枚中　　枚目

（MT）



（3.5インチ）



折り返し部分を切り取って使用する。

症状経過及び日計表等に係る提出状況

NO.....

平成　　年　　月　　日提出

神奈川県国民健康保険団体連合会　行

保険医療機関番号	
保険医療機関名称	

	診療月	保険者番号	患者氏名	保険制度	診療科	請求点数	備考
1	／			国・退・老			症・日・そ
2	／			国・退・老			症・日・そ
3	／			国・退・老			症・日・そ
4	／			国・退・老			症・日・そ
5	／			国・退・老			症・日・そ
6	／			国・退・老			症・日・そ
7	／			国・退・老			症・日・そ
8	／			国・退・老			症・日・そ
9	／			国・退・老			症・日・そ
10	／			国・退・老			症・日・そ
11	／			国・退・老			症・日・そ
12	／			国・退・老			症・日・そ
13	／			国・退・老			症・日・そ
14	／			国・退・老			症・日・そ
15	／			国・退・老			症・日・そ
16	／			国・退・老			症・日・そ
17	／			国・退・老			症・日・そ
18	／			国・退・老			症・日・そ
19	／			国・退・老			症・日・そ
20	／			国・退・老			症・日・そ

【註】　備考には、症状経過・日計表及びその他等該当に○印をして下さい。

国保連合会受付印

症　状　経　過　書

NO

保険者番号						
診　療　月						
患 者 氏 名						

診療科	
本人入　院・本人入院外	
家族入　院・家族入院外	

症状経過

日計表

保険者						

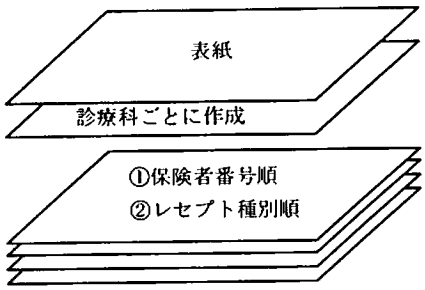
診療月	平成　年　月
診療科	

患者氏名	

本人　　入院・本人　　入院外
家族　　入院・家族　　入院外

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計

症状詳記等の編綴方法



※症状詳記等は各診療科ごとに編綴してください。
また、それぞれの先頭に表紙（「症状経過及び日計表等に係る提出状況」）を添付し、各項目に必ず記入してください。

※レセプト１件に対して症状詳記等が複数枚ある場合はそれらを糊付け等してまとめてください。

①保険者番号順

保険者番号０１００２５～１４００３８～４７０５４２を昇順に

②レセプト種別順（平成15年８月現在）

※　数字は並び順

国保 国保
- 1 公費２併用・入院
- 2 公費併用・入院
- 3 単独・入院
- 4 公費２併用・入院外
- 5 公費併用・入院外
- 6 単独・入院外

高齢者８割
- 7 公費２併用・入院
- 8 公費併用・入院
- 9 単独・入院
- 10 公費２併用・入院外
- 11 公費併用・入院外
- 12 単独・入院外

高齢者９割
- 13 公費２併用・入院
- 14 公費併用・入院
- 15 単独・入院
- 16 公費２併用・入院外
- 17 公費併用・入院外
- 18 単独・入院外

三歳未満
- 19 公費２併用・入院
- 20 公費併用・入院
- 21 単独・入院
- 22 公費２併用・入院外
- 23 公費併用・入院外
- 24 単独・入院外

退職 本人
- 25 公費２併用・入院
- 26 公費併用・入院
- 27 単独・入院
- 28 公費２併用・入院外
- 29 公費併用・入院外
- 30 単独・入院外

高齢者８割
- 31 公費２併用・入院
- 32 公費併用・入院
- 33 単独・入院
- 34 公費２併用・入院外
- 35 公費併用・入院外
- 36 単独・入院外

高齢者９割
- 37 公費２併用・入院
- 38 公費併用・入院
- 39 単独・入院
- 40 公費２併用・入院外
- 41 公費併用・入院外
- 42 単独・入院外

家族
- 43 公費２併用・入院
- 44 公費併用・入院
- 45 単独・入院
- 46 公費２併用・入院外
- 47 公費併用・入院外
- 48 単独・入院外

三歳未満
- 49 公費２併用・入院
- 50 公費併用・入院
- 51 単独・入院
- 52 公費２併用・入院外
- 53 公費併用・入院外
- 54 単独・入院外

老健 ８割
- 55 公費２併用・入院
- 56 公費併用・入院
- 57 単独・入院
- 58 公費２併用・入院外
- 59 公費併用・入院外
- 60 単独・入院外

９割
- 61 公費２併用・入院
- 62 公費併用・入院
- 63 単独・入院
- 64 公費２併用・入院外
- 65 公費併用・入院外
- 66 単独・入院外

10割
- 67 公費２併用・入院
- 68 公費併用・入院
- 69 単独・入院
- 70 公費２併用・入院外
- 71 公費併用・入院外
- 72 単独・入院外

増減点並びに返戻連絡書

点数表	府県	機関番号

保険医療機関	おところ おなまえ 様

本月請求の診療（調剤）報酬請求書の審査結果は、次のとおりでありますのでご連絡致します。なお、これに対しご異議がありましたら再審査の申請書に当該分の理由をご記入の上、翌月25日までに本会あて送付下さい。
又、諸用紙については、県三師会、郡市医師会、支部、保険者並びに本会に用意してあります。

神奈川県国民健康保険診療報酬審査委員会
平成　　年　　月　　日

診療科：

〈 増減 〉

		給付割合	種別	審　査	事　務	計
合計	一般保険者	7割	入院			
			入院外			
		8割	入院			
			入院外			
		9割	入院			
			入院外			
		10割	入院			
			入院外			
		食事療養				
	退職者	本人	入院			
			入院外			
			食事療養			
		家族	入院			
			入院外			
			食事療養			
	老人保健		入院			
			入院外			
			食事療養			
	薬剤一部負担					

〈 返戻 〉

件

増減点並びに返戻連絡書

平成　　年　　月　　日

点数表	府県	機関番号

診療年月	種別	給付割合	法別	保険者番号 保険者名	診療科 被保険者名	証番号	事由	審査 事務	査定内容
							①		②

○　①の増減事由 01～19 は、②に増減項目コード及び増減内容（増減事由コード 13 の縦計誤りについては、内容記入を省略しています。）が記入してあります。

○　①の返戻事由 21～24 は、②に返戻の件数、日数、点数（食事療養金額）及び負担額（薬剤一部負担金・標準負担額）が記入してあります。

○　査定された点数の患者負担額が 1 万円以上の明細書については、②の内容欄に㊧と記入し、コピーを添付してあります。

○　国保中央会において増減がある場合は、関係書類を添付し、査定内容欄に別紙にてと記入してあります。

○　②に増減内容が多数該当の場合は、コピーにてと記入し、コピーを添付してあります。

※事由　審査　1:A 適応と認められないもの　2:B 過剰と認められるもの　3:C 重複と認められるもの　4:D 前各号の外不適当（疑義解釈通知等に照らして不適当なものを含む）又は不必要と認められるもの
事務　11:F 固定点数（金額）誤り　12:G 明細上の横計誤り　13:H 明細上の縦計誤り　14:I 点数表解釈の誤り　15:J 記入もれ　17:L 調剤技術基本料（調基）の重複誤り　19:N その他
返戻　21:記載事項不備　22:他保険者混入　23:診療内容照会　24:その他

（2）返戻符せん（医科）

平成15年　月 審査分返戻付せん（医科）

神奈川県国保診療報酬審査委員会

この明細書につきましては、下記○印の事項について、調査又は説明をお願いしたいので、一応返戻いたします。再提出の場合は、この付せんを添付のまま次月分の請求の中に含めてご提出願います。

記

1．傷病名、兼症、生年月、診療開始日、実日数。	必要理由
2．初診料、再診料、外来診療料、転帰。	点数算定根拠
3．時間外、休日、深夜、加算。	につき再調
4．在宅療養料。（往診料・その他）	
5．指導管理料。（特定疾患・生活指導・その他）	につき注記
6．投薬料、内服、屯服、外用薬、投与回数。	
7．注射料、使用量、規格、単位。	につき症状注記
8．「　　」の投与又は注射。	
9．処置料。	
10．手術料。	
11．麻酔料。	
12．検査料。	
13．画像診断料。	
14．リハビリテーション料。	
15．精神科専門療法料。	
16．入院料。	
17．入院時食事療養費。	
18．その他。	

23

理由説明については明細書に記入願います

⇦返戻事由番号 23 について

審査委員会による診療内容照会

区分　平成　年　月審査分返戻付せん

神奈川県国民健康保険診療報酬審査委員会

この明細書につきましては、下記○印事項が不備につき返戻いたします。再提出の場合は、この付せんを添付のまま次月分の請求の中に含めてご請求願います。

1 被保険者証の記号、番号	
2 市町村番号、公費負担者番号（1・2）、保険者番号	につき再調
3 受給者番号、生年月日	
4 傷病名、診療月、診療開始日	の記載もれ
5 初診、再診、診療実日数	
6 指導管理（　　）、在宅（　　）	の不一致につき再調
7 診療情報提供料、傷病手当金意見書交付料、算定日	
8 入院料、入院時医学管理料、外泊日、入院日	点数算出不明
9 一部負担金、薬剤一部負担金	
10 食事療養、日数、標準負担額	
11 他保険者（　　）に記入	
12 請求書と明細書の保険種別・給付割合・特記事項の不一致（請求書　　、明細書　　で請求されています。）	
13 支払額0円のため請求の必要がありません。	
14 病院又は診療所の所在地及び名称、保険医の氏名	
15 処方月日、調剤月日、調剤日と処方せん受付回数	
16 申し出による請求取り下げ	
17 その他	

係員

21 22 24

⇦返戻事由番号 21 22 24 について

21　1～11 迄の事務内容照会

22　12 の事務内容照会

24　13～17 迄の事務内容照会

◎診療報酬明細書の再提出について

再提出となる明細書

1　事務審査による返戻分
2　審査委員会による返戻分
3　再審査による返戻分
4　過誤による返戻分
5　医療機関による取り下げ依頼分

※　返戻内容等を確認後、訂正等行い例月提出の診療報酬明細書に中に含め請求してください。

（歯科）

平成15年　月 審査分返戻付せん（歯科）

神奈川県国保診療報酬審査委員会

○ 再提出の際は次月の請求に加算し本付せんを添付したまま願います。
なお、この照会に対する理由説明は診療報酬 明細書の摘要欄に記載願います。

記

1　病名もれ
2　病名と処置内容不一致
3　実日数と処置回数の不一致
4　その他

23

⇦返戻事由番号 23 について

審査委員会による診療内容照会

区分　　平成　　年　　月審査分返戻付せん

神奈川県国民健康保険診療報酬審査委員会

この明細書につきましては、下記□印事項が不備につき返戻いたします。再提出の場合は、この付せんを添付のまま次月分の請求の中に含めてご請求願います。

1. 被保険者証の記号、番号
2. 市町村番号、公費負担者番号（1・2）、保険者番号　につき再調
3. 受給者番号、生年月日
4. 傷病名、診療月、診療開始日　の記載もれ
5. 初診、再診、診療実日数
6. 指導管理（　　）、在宅（　　）　の不一致につき再調
7. 診療情報提供料、傷病手当金意見書交付料、算定日
8. 入院料、入院時医学管理料、外泊日、入院日　点数算出不明
9. 一部負担金、薬剤一部負担金
10. 食事療養、日数、標準負担額
11. 他保険者（　　）に混入
12. 請求書と明細書の保険種別・給付割合・特記事項の不一致
（請求書　　、明細書　　で請求されています。）
13. 支払額0円のため請求の必要がありません。
14. 病院又は診療所の所在地及び名称、保険医の氏名
15. 処方月日、調剤月日、調剤日と処方せん受付回数
16. 申し出による請求取り下げ
17. その他

係	日

21	22	24

⇦返戻事由番号 21　22　24 について

21　1～11 迄の事務内容照会

22　12 の事務内容照会

24　13～17 迄の事務内容照会

◎診療報酬明細書の再提出について

再提出となる明細書
1　事務審査による返戻分
2　審査委員会による返戻分
3　再審査による返戻分
4　過誤による返戻分
5　医療機関による取り下げ依頼分

※　返戻内容等を確認後、訂正等行い例月提出の診療報酬明細書に中に含め請求してください。

（調剤）

調剤返戻付せん

神奈川県国保診療報酬審査委員会

平成　年　月　審査分

この明細書につきましては、下記○印の事項について、調査又は説明をお願いしたいので、一応返戻いたします。再提出の場合は、この付せんを添付のまま次月分の請求の中に含めてご提出願います。

記

1．適用外使用につき再調。
2．分量、服用法の記載もれにつき再調。
3．老人製剤加算、1包化加算につき再調。
4．重複、小売業者免許番号記載もれにつき再調。
5．時間外加算、休日加算、深夜加算につき再調。
6．計量加算、自家製剤加算につき再調。
7．内容不一致につき再調。
8．規格、単位、メーカー名につき再調。
9．その他

23

理由説明については明細書に記入願います

⇦返戻事由番号 23 について

審査委員会による診療内容照会

区分　平成　年　月審査分返戻付せん

神奈川県国民健康保険診療報酬審査委員会

この明細書につきましては、下記○印事項が不備につき返戻いたします。再提出の場合は、この付せんを添付のまま次月分の請求の中に含めてご請求願います。

1　被保険者証の記号、番号
2　市町村番号、公費負担者番号（1・2）、保険者番号　につき再調
3　受給者番号、生年月日
4　傷病名、診療月、診療開始日　の記載もれ
5　初診、再診、診療実日数
6　指導管理（　　）、在宅（　　）　の不一致につき再調
7　診療情報提供料、傷病手当金意見書交付料、算定日
8　入院料、入院時医学管理料、外泊日、入院日　点数算出不明
9　一部負担金、薬剤一部負担金
10　食事療養、日数、標準負担額
11　他保険者（　　）に混入
12　請求書と明細書の保険種別・給付割合・特記事項の不一致
（請求書　　、明細書　　で請求されています。）
13　支払額0円のため請求の必要がありません。
14　病院又は診療所の所在地及び名称、保険医の氏名
15　処方月日、調剤月日、調剤日と処方せん受付回数
16　申し出による請求取り下げ
17　その他

係　印

21	22	24

⇦返戻事由番号 21　22　24 について

21　1～11 迄の事務内容照会

22　12 の事務内容照会

24　13～17 迄の事務内容照会

◎診療報酬明細書の再提出について

再提出となる明細書
1　事務審査による返戻分
2　審査委員会による返戻分
3　再審査による返戻分
4　過誤による返戻分
5　医療機関による取り下げ依頼分

※　返戻内容等を確認後、訂正等行い例月提出の診療報酬明細書に中に含め請求してください。

（3）過誤通知書

国民健康保険診療報酬過誤通知書

保険医療機関
かところ
様

保険医療機関			
点数表		保険医療機関番号	

保険者番号	
保険者名	

調整年月	

下記の調整金額について、当該過誤事由により過誤調整させていただきます。

診療年月	被保険者証番号 / 被保険者氏名	給付割合	入外区分	日数	点数 / 薬剤一部負担金 / 食事療養金額	公費優先分 (結+精)負担点数	保険者負担額（診療報酬） / 高額療養費	過誤事由番号
					点 / 円 / 円	点	円 / 円	

過誤事由別番号について
○ 返戻の場合は、01 から 19 です。
○ 増減の場合は、20 から 39 です。

合計	調整金額					
	国保一般	入院				
		入院外			薬剤一部負担金 円	
		食事療養				
	退職者	入院				
		入院外			薬剤一部負担金 円	
		食事療養				

過誤事由別番号

01. 記号番号に該当者がいない	10. みなす世帯主	19. その他	28. レセプトの積計誤り
02. 該当する記号番号がない	11. 資格取得前の診療	20. 再審査結果による増減（医療機関申出分）	29. 結精・精神の公費負担点数誤り
03. 重複請求（同一レセプト）	12. 給付割合の誤り	21. 再審査結果による増減（保険者申出分）	30. 慢性疾患指導管理料の重複請求
04. 貴院からの取消依頼	13. 再審査結果による返戻分	22. 経済上の措置	31. 慢性疾患指導管理料及び調剤技術基本料の重複請求
05. 他保険者分	14. 老人保健該当	23. 一部負担金の誤り	
06. 生活保護適用	15. 退職者医療該当（本人、家族）	24. 乳幼児加算誤り	32. 給付割合の誤り
07. 他保険加入により被保険者証回収訂正後の診療	16. 国保一般該当	25. 調剤技術基本料の重複請求	33. 固定点数の誤り
08. 転出（脱退）後の診療	17. 診療録記載不備	26. 集計誤り	38. 別紙内訳参照
09. 給付停止通知書発行後の診療	18. 別紙内訳参照	27. レセプトの縦計誤り	39. その他

（整理番号　　）　　（　　）

1

老人保健過誤通知書

保険医療機関	みところ みなまえ 様

保険医療機関			
点数表		保険医療機関番号	

保険者番号	
保険者名	
市町村番号	
市町村名	
調整年月	

下記の調整金額について、当該過誤事由により過誤調整させていただきます。

診療年月	受給者番号 受給者氏名	入外区分	日数	点数 薬剤一部負担金 食事療養金額	一部負担金 標準負担額	調整金額	過誤事由番号

過誤事由別番号について
○ 返戻の場合は、01 から 19 です。
○ 増減の場合は、20 から 39 です。

合計	調整金額	区分	点数 薬剤一部負担・食事療養金額	一部負担金 標準負担額	調整金額
		入院	点		
		入院外			
		薬剤一部負担金	円		
		食事療養			

過誤事由別番号			
01. 記号番号に該当者がいない	10. みなす使用主	19. その他	28. レセプトの積計誤り
02. 該当する記号番号がない	11. 資格取得前の診療	20. 再審査結果による増減（医療機関申出分）	29. 結核・精神の公費負担点数誤り
03. 重複請求（同一レセプト）	12. 給付割合の誤り	21. 再審査結果による増減（保険者申出分）	30. 生活指導管理の重複請求
04. 資格からの取消依頼	13. 再審査結果による返戻分	22. 経済上の措置	31. 生活指導管理料及び調剤技術基本料の重複請求
05. 他保険者分	14. 老人保健該当	23. 一部負担金の誤り	32. 給付割合の誤り
06. 生活保護適用	15. 退職者医療該当（本人、家族）	24. 乳幼児加算誤り	33. 固定点数の誤り
07. 他保険加入により被保険者証回収訂正後の診療	16. 国保一般該当	25. 調剤技術基本料の重複請求	38. 別紙内訳参照
08. 転出（脱退）後の診療	17. 診療報記載不備	26. 集計誤り	39. その他
09. 給付停止通知書発行後の診療	18. 別紙内訳参照	27. レセプトの積計誤り	

（整理番号　　）　　（　　）

1

公費負担医療過誤通知書

保険医療機関	様

受付医療機関			
点数表		医療機関番号	

保険者番号	
保険者名	
公費負担者番号	
調整年月	

下記の調整金額について、当該過誤事由により過誤調整させていただきます。

診療年月	受給者番号 受給者氏名	給付割合	入外区分	日数	点数 点 薬剤一部負担金 円 食事療養金額 円	患者負担額(一部負担金) 円 標準負担額 円 備考	調整金額 円	過誤事由番号

過誤事由別番号について
○ 返戻の場合は、01 から 19 です。
○ 増減の場合は、20 から 39 です。

合計	調整金額	区分	点数 点 薬剤一部負担・食事療養金額 円	患者負担額(一部負担金) 円 標準負担額 円	調整金額 円
		入院	点		
		入院外	円		
		薬剤一部負担金			
		食事療養			

過誤事由別番号

01. 記号番号に該当者がいない	10. みなし回復未	19. その他
02. 該当する記号番号がない	11. 資格取得年月の誤り	20. 再審査結果による増減（医療機関分）
03. 重複請求(同一レセプト)	12. 給付割合の誤り	21. 再審査結果による増減（保険者分）
04. 資格からの取消依頼	13. 再審査結果による返戻分	22. 経済上の措置
05. 他保険者分	14. 老人保健該当	23. 一部負担金の誤り
06. 生活保護適用	15. 退職者医療該当（本人、家族）	24. 長期特例該当
07. 被保険者による被保険者証同及証の誤り	16. 五年一社該当	25. 調剤技術基本料の重複請求
08. 転出保護後の診療	17. 除外項目該当	26. 重複請求
09. 給付停止通知者発行後の診療	18. 5歳児該当	27. レセプトの端計誤り
		28. レセプトの端計誤り
		29. 結核・精神の公費負担点数誤り
		30. 慢性疾患指導管理料の重複請求
		31. 慢性疾患指導管理料及び調剤技術基本料の重複請求
		32. 給付割合の誤り
		33. 測定点数の誤り
		38. 多剤投与参照
		39. その他

（整理番号　　）　　（　　）

1

再審査結果通知書兼過誤通知書（保険者申請・一般・県内）

神奈川県国民健康保険診療報酬審査委員会
平成　　年　　月　　日

点数表	府県	機関番号

保険医療機関	おところ ① おなまえ 様

合計	区分		件数	点数（点） 薬剤一部負担・食事療養金（円）	調整金額（円）
	国保	入院			
		入院外			
		薬剤一部負担金			
		食事療養			
	退職	入院			
		入院外			
		薬剤一部負担金			
		食事療養			
	老人保健	入院			
		入院外			
		薬剤一部負担金			
		食事療養			
	公費	入院			
		入院外			
		薬剤一部負担金			
		食事療養			
	合計	入院			
		入院外			
		薬剤一部負担金			
		食事療養			
		総計			

うち高額療養費	区分		調整金額（円）
	国保	入院	
		入院外	
	退職	入院	
		入院外	
	老健	入院	
		入院外	
	合計	入院	
		入院外	
		総計	

再審査結果通知書兼過誤通知書（保険者申請・一般・県内・原審以外）

神奈川県国民健康保険診療報酬審査委員会長

平成　　年　　月　　日

点数表	府県	機関番号
②		③

診療年月	種類 給付 特記 診療科	被保険者名 保険者番号 市町村番号 公費負担者番号	 被保険者番号 老健受給者番号 公費受給者番号	再審査結果番号	当初決定点数（点） 再審査決定点数（点） 再審査増減点数（点） （公費増減点数・第一公費（点））	当初決定薬剤一部負担金額（円）（食事療養金額（円）） 再審査決定薬剤一部負担金額（円）（食事療養金額（円）） 再審査増減薬剤一部負担金額（円）（食事療養金額（円）） （公費増減点数・第二公費（点））	再審査結果事由	査定内容
⑤	⑥ ⑦	④ ⑧	⑨	⑬	⑩ ⑪ ⑫		⑭	⑮

（凡例）

○再審査結果番号　保険者申請　01：原審　02：申出通り　03：一部申出通り　04：返戻　　医療機関申請　11：原審　12：復活　13：一部復活　14：返戻

○再審査結果事由番号　医科　1.診療料に関するもの　2.指導料・在宅等に関するもの　3.投薬料（調基含む）　4.注射料に関するもの　5.処置料に関するもの　6.手術料に関するもの　7.検査料に関するもの　8.画像診断料に関するもの　9.リハビリテーションに関するもの　10.入院料に関するもの　11.医科調剤突合に関するもの　12.その他　13.食事療養に関するもの　81.薬剤一部負担金に関するもの

歯科　1.診療料に関するもの　2.指導料に関するもの　3.投薬料に関するもの　4.注射料に関するもの　5.画像診断料に関するもの　6.検査料に関するもの　7.処置・手術に関するもの　8.麻酔料に関するもの　9.印象・歯冠形成等に関するもの　10.充填・鋳造歯冠修復等に関するもの　11.ポンティック・有床義歯・義歯調整に関するもの　12.その他　13.食事療養に関するもの　81.薬剤一部負担金に関するもの

前頁の再審査結果通知書兼過誤通知書の説明

① 保険医療機関の所在地及び名称

② 点数表

③ 保険医療機関番号

④ 保険者番号・市町村及び公費負担者番号

⑤ 当該明細書の診療年月

⑥ 当該明細書の種類（制度及び食事（食事療養）を記入）

⑦ 当該明細書の給付割合

⑧ 当該明細書の法別コード

⑨ 当該明細書の被保険者名・被保険者証の記号番号・受給者番号

⑩ 当該明細書の当初決定点数・当初決定薬剤負担額
（ただし、種類に食事と記入のある場合は当初決定食事療養金額）

⑪ 当該明細書の再審査決定点数・再審査決定薬剤負担額
（ただし、種類に食事と記入のある場合は再審査決定食事療養金額）

⑫ 当該明細書の再審査増減点数
（ただし、種類に食事と記入のある場合は再審査増減食事療養金額）

⑬ 当該明細書の再審査結果番号

⑭ 当該明細書の再審査結果事由番号（最大３個まで）

⑮ 当該明細書の再審査増減内訳

（5）支払通知書

診療（調剤）報酬支払通知書

神奈川県国民健康保険団体連合会

組合	府県	機関番号	月診療分

被振込銀行
支店

（整理番号　　）

ご注意
(1) この通知書は所得税等の申告に必要となりますので大切に保存願います。
(2) 薬剤一部負担金欄について国保（退職）老健はマイナス、公費はプラスです。
(3) 県内保険者・法別コードは裏面をご参照願います。
(4) 県外保険者については府県単位に表示してあります。
(5) 請求のご照会等は平日に願います。

保険医療機関	（おところ）
	（おなまえ）　様

振込日	国保公費		
	退職老健(公費)		

保険者・法別コード	件数	日数	点数（食事療養金額）	薬剤一部負担金	決定額

保険者・法別コードについて
○ 国保（県内分）は、保険者毎に記入してあります。
○ 国保（県外分）は、府県毎に記入してあります。
○ 退職・老健・公費は、法別毎に県内分、県外分を合算して記入してあります。

区分		決定額	過誤調整額	端数整理額	支払確定額	未調整過誤額
国保	診療費					
	食事療養					
公費	診療費等					
	食事療養					
合計						
退職	診療費					
	食事療養					
老健	診療費					
	食事療養					
親乳	診療費等					
	食事療養					
合計						

6

《裏面》

国民健康保険法　保険者コード

コード	保険者名	コード	保険者名	コード	保険者名	コード	保険者名
4006	横浜市	145	大和市	590	山北町	3024	歯科医師国保
5003	川崎市	152	伊勢原市	608	開成町	3032	食品衛生国保
38	横須賀市	160	海老名市	616	箱根町	3040	薬剤師国保
46	平塚市	178	座間市	624	真鶴町	3057	県建設業国保
53	鎌倉市	186	南足柄市	632	湯河原町	3065	県建設連合国保
61	藤沢市	533	綾瀬市	640	愛川町		
79	小田原市	517	葉山町	657	清川村	13 3033	全国土木国保
87	茅ケ崎市	525	寒川町	665	城山町	13 3298	全国建設工事業
95	逗子市	541	大磯町	673	津久井町		
103	相模原市	558	二宮町	681	相模湖町		
111	三浦市	566	中井町	699	藤野町		
129	秦野市	574	大井町				
137	厚木市	582	松田町	3016	医師国保		

法別コード

コード	法律名・医療給付名	コード	法律名・医療給付名
10	結核予防法（適正）	23	母子保健法（養育）
11	結核予防法（命令入所）	27	老人保健法
13	戦傷病者特別援護法（療養）	41	老人福祉法（市町村単独分）㊦
14	戦傷病者特別援護法（更生）	43	老人被爆者 ㊧
15	身体障害者福祉法（更生）	51	予算措置（特定疾患）
16	児童福祉法（育成）	52	予算措置（小児慢性疾患）
17	児童福祉法（療育）	53	予算措置（児童福祉法・精薄福祉法の入所措置）
18	原爆医療法（認定）	67	退職者医療制度
19	原爆医療法（一般疾病）	80	重度障害者医療費助成制度（療養）
20	精神保健福祉法（措置入院）	81	小児医療費助成事業㊨
21	精神保健福祉法（通院）	85	ひとり親家庭等医療費助成事業㊩
22	麻薬取締法		

府県コード

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

2　再審査申し出について

神奈川県国民健康保険診療報酬審査委員会 御中

【保険医療機関控】

細（様式第７号－２－２）

申　請　理　由　書

平成　　年　　月　　日 ①

医科	歯科
調剤	その他

②

③ 平成　　年　　月分

都道府県番号　　医療機関コード ④

⑤

1社・国	3老人	1単独	1本入外
2公費	4退職	2 2併	2本家入外
		3 3併	5家入外
			6家外

市町村番号			⑥	老人医療の受給者番号			
公費負担者番号①				公費負担医療の受給者番号①			
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			⑧	給付割合 10 9 8
被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	⑦			

氏名	⑨ 1男　2女　1明　2大　3昭　4平　・　・　生	特記事項
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　⑩　（　　床）

増減点並びに返戻連絡書 ⑪ 再審査結果通知書兼過誤通知書　の日付 平成　　年　　月　　日	診療科 ⑫	診療実日数　日（　日） 当初請求点数　点

減点内訳 ⑬

⑭ 減点点数　点

申　し　出　の　理　由

⑮

◎再審査の申し出については、通知が届いてから６カ月以内に提出されるようお願い致します。なお、再々審査については認められません。

◎申請にあたっては、該当明細書を保険者・市町村に借用する関係上、確定するまでの間４ヵ月程度かかりますので、ご了承願います。

注（１）提出される年月日を記入して下さい。
（２）該当する点数表に○印をして下さい。
（３）審査結果通知の日付（○年○月○日付）を記入して下さい。
（４）申請理由書は、３枚複写となっておりますので、１枚目【保険医療機関控】は、当該保険医療機関の控えとして保管願います。

（1）申請理由書の記載要領

① 提出される年月日を記入すること。

② 該当する点数表を○印で囲むこと。

③ 該当診療報酬明細書の診療年月を記入すること。

④ 該当診療報酬明細書の保険医療機関コード番号を記入すること。

⑤ 該当診療報酬明細書と一致する箇所を○印で囲むこと。

⑥ 該当診療報酬明細書の該当市町村番号・公費負担者番号・受給者番号を記入すること。

⑦ 該当診療報酬明細書の該当保険者番号・被保険者証番号・各種手帳等の記号番号を記入すること。

⑧ 該当診療報酬明細書の給付割合を○印で囲むこと。

⑨ 該当診療報酬明細書の氏名・性別・生年月・特記事項を記入すること。

⑩ 保険医療機関の所在地及び名称を記入すること。

⑪ 増減点並びに返戻連絡書又は、再審査結果通知兼過誤通知書のどちらの通知であったかを○印で囲み、その日付を記入すること。

⑫ 旧総合病院における該当診療報酬明細書の診療科を記入すること。

⑬ 該当診療報酬明細書の査定された減点内訳の内、申請する減点内容を記入すること。

⑭ 該当診療報酬明細書の診療実日数・当初請求点数・申請する減点点数を記入すること。

⑮ 該当診療報酬明細書の再審査申請理由を具体的に記入すること。

15. 福祉医療助成事業取扱いに関する「Q&A」について

Q１　１枚の請求書に複数の制度を綴じてよいですか。	A１　制度ごと（ ㊦ ㊧ ㊨ ㊩ ）に請求書と明細書を綴じてください。
Q２　請求書の再掲欄は記載しますか。	A２　必ず記載してください。入外区分にそって件数を記入しますが０２　㊩　については、それぞれの区分に記入するとともに再度㊩分の件数も併せ記入してください。
Q３　横浜市の　㊨　㊧　については区ごとに公費番号の設定がありますが区ごとに請求するのですか。	A３　横浜市については代表番号を記入してください。 ㊨　８１１４４００８ ㊧　８０１４４００９ 川崎市は区ごとの設定がありません。
Q４　実施者が多数で１枚の請求書に書ききれない場合はどのように請求したらよいですか。	A４　２枚以上に記入し、最終ページに合計と再掲を記入してください。
Q５　月遅れの請求は別綴じにするのですか。	A５　基本的に正当月分に綴じてかまいません綴じるときには上位に置き編綴してください。
Q６　福祉医療の請求で他法との併用の請求はできますか。 例：51+80、27+80	A６　併用の場合は請求ができませんので償還払いになります。ただし、老人保健(27)+障(80)の場合は取り扱いできる市町村もあります。
Q７　請求漏れ等で月遅れ分を請求する場合、どれくらいまで請求が可能ですか。	A７　概ね１年前までは可能ですが、各制度や市町村の条例により異なりますので、各実施市町村にお問い合わせください。

Q８　レセプト２枚複写で、保険種別及び本人・家族欄は１枚目（支払基金）、２枚目（連合会）で記載が異なることがありますか。	Ａ８　異なることはありません

Q９　レセプトの綴り方で気をつけることはありますか。	Ａ２　実施市町村ごとに並べてください。保険者にはこだわりません。

Q１０　レセプトが電算出力のため２枚目の連合会提出分にも診療内容が出力されていてもよいですか。	Ａ１０　必要項目以外は基本的に斜線等で抹消してください。

Q１１　請求書の用紙はどこで入手できますか。	Ａ１１　㊔　㊙　㊟　については連合会にもありますが　㊟　については実施市町村へお問い合わせください。

Q１２　２枚複写の明細書はどこで入手できますか。	Ａ１２　医科の入院分・外来分については連合会にありますがそれ以外については、市町村及び歯科医師会、薬剤師会等にお問い合わせください。

福祉医療費の医保（社会保険分）請求事務取扱

1　福祉医療費の請求方法について

神奈川県国民健康保険組合団体連合会では、下記の福祉医療費（2 枚複写明細書）の事務を取り扱っています。

略　称	コード	助成事業名	実施市町村	医療機関
㊦	41	市町村単独老人医療	秦野市 伊勢原市 綾瀬市 南足柄市	県内医療機関
㊧ ※ 1	80	障害者医療費	横浜市　※ 2 川崎市　※ 2 県内市町村 （逗子市を除く）	県内医療機関
㊨	81	小児医療費	県内　全市町村	県内医療機関
㊩	85	ひとり親家庭等医療費	県内　全市町村	県内医療機関

※1　老人保健と障害者医療費の併用（老人保健の一部負担金がある場合）で、入院及び在総診等は窓口での患者の負担がありませんが明細書には、「患者が負担すべき金額」を記載して下さい。

※2　㊧　の横浜市・川崎市は、老人保健を除きます。

◎窓口での取扱い注意の注意事項

他の公費制度を受けている方がその公費に該当しない病名等を併用して保険医療機関等にかかった場合、㊩　㊨　㊧　等の医療証を持っていても窓口で徴収することになり、患者は医保及び国保にかかわらず償還払いの扱いとなります。

2　福祉医療費（医保用）請求書の記載要領

請求書様式は助成事業別に (親)・(乳)・(障)・(老) の４種類です。
それぞれ所定の請求書を使用して下さい。

①欄は、該当する点数表を○で囲んで下さい。

②欄は、届け出されている医療機関コードを記入して下さい。

③欄は、公費負担者ごとに集計のうえ、記入して下さい。
なお、横浜市の (乳)・(障) は公費負担者番号が区毎に設定されていますが、請求書には代表番号 (乳)《81144008》・(障)《80144009》にまとめて集計のうえ記入して下さい。

④　欄は、明細書の種別ごとに件数を必ず記入して下さい。
(長) に該当する明細書については入院・外来等の種別を記入し、再度 (長) 02 に記入して下さい。

参考例

平成　　年　　月分
(乳) 小児医療費助成事業(医保用)請求書

① 3　医 1　歯 3　調 4　柔 9

都道府県コード　1　4

神奈川県市町村長　殿

② 医療機関コード

医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名　　㊞

③
下記のとおり請求いたします。　　平成　　年　　月　　日

助成費用 請求先市町村番号 (公費負担者番号)	療養の給付		薬剤一部負担金		食事療養	
	件数	点　数	件数	金　額	件数	標準負担額
8114						
8114						
8114						
8114						
8114						
8114						
8114						
8114						
合　計						
※ 決　定						

④

件数の再掲欄	種　別	入外区分	件　数
	家族・入院	15	
	三歳未満・入院・8割	13	
	家族・入院外	16	
	三歳未満・入院外・8割	14	
	(長)	02	

注1）※欄は記入しないでください。
注2）柔整においては、点数欄には金額を記入して下さい。

平成　　年　　月分

㊎障害者医療費助成事業(医保用)請求書

3	医	歯	調	訪	柔
	1	3	4	6	9

都道府県コード	1　4

神奈川県市町村長　殿

医療機関コード						

医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名　　㊞

下記のとおり請求いたします。　　平成　　年　　月　　日

助成費用 請求先市町村番号 (公費負担者番号)	療養の給付		薬剤一部負担金		一部負担金		食事療養	
	件数	点　数	件数	金　額	件数	金　額	件数	標準負担額
8014								
8014								
8014								
8014								
8014								
8014								
8014								
8014								
合　計								
※　決　定								

件数の再掲欄	種　別	入外区分	件　数	種　別	入外区分	件　数
	本人・入院	11		高齢者・入院8割	19	
	家族・入院	15		高齢者・入院9割	17	
	三歳未満・入院・8割	13		高齢者・入院外8割	10	
	本人・入院外	12		高齢者・入院外9割	18	
	家族・入院外	16		老健・高・入院8割	39	
	三歳未満・入院外・8割	14		老健・高・入院9割	37	
				老健・高・入院外8割	30	
	㊕	02		老健・高・入院外9割	38	

注1）※欄は記入しないでください。
注2）訪問看護・柔整においては、点数欄には金額を記入して下さい。

平成　　年　　月分

(乳)小児医療費助成事業(医保用)請求書

3	医	南	調	柔
	1	3	4	9

都道府県コード	1	4

神奈川県市町村長　殿

医療機関コード							

医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名　　㊞

下記のとおり請求いたします。　　平成　　年　　月　　日

助成費用請求先市町村番号(公費負担者番号)		療養の給付		薬剤一部負担金		食事療養	
		件数	点数	件数	金額	件数	標準負担額
8114							
8114							
8114							
8114							
8114							
8114							
8114							
8114							
合計							
※決定							

件数の再掲欄	種別	入外区分	件数
	家族・入院	15	
	三歳未満・入院・8割	13	
	家族・入院外	16	
	三歳未満・入院外・8割	14	
	(長)	02	

注1）※欄は記入しないでください。
注2）柔整においては、点数欄には金額を記入して下さい。

平成　　年　　月分

㊊ひとり親家族等医療費助成事業(医保用)請求書

3	医	歯	調	柔
	1	3	4	9

都道府県コード	1	4

医療機関コード							

神奈川県市町村長　殿

医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名　　㊞

下記のとおり請求いたします。　　平成　　年　　月　　日

助成費用請求先市町村番号(公費負担者番号)		療養の給付		薬剤一部負担金		一部負担金		食事療養	
		件数	点数	件数	金額	件数	金額	件数	標準負担額
8514									
8514									
8514									
8514									
8514									
8514									
8514									
8514									
合計									
※決定									

件数の再掲欄	種別	入外区分	件数	種別	入外区分	件数
	本人・入院	11		高齢者・入院8割	19	
	家族・入院	15		高齢者・入院9割	17	
	三歳未満・入院・8割	13		高齢者・入院外8割	10	
	本人・入院外	12		高齢者・入院外9割	18	
	家族・入院外	16				
	三歳未満・入院外・8割	14		㊊	02	

注1）※欄は記入しないでください。
注2）柔整においては、点数欄には金額を記入して下さい。

3. 福祉医療費（医保用）明細書の記載要領

(1) 明細書の記載は市町村が配布する２枚複写の診療報酬明細書を使用して下さい。

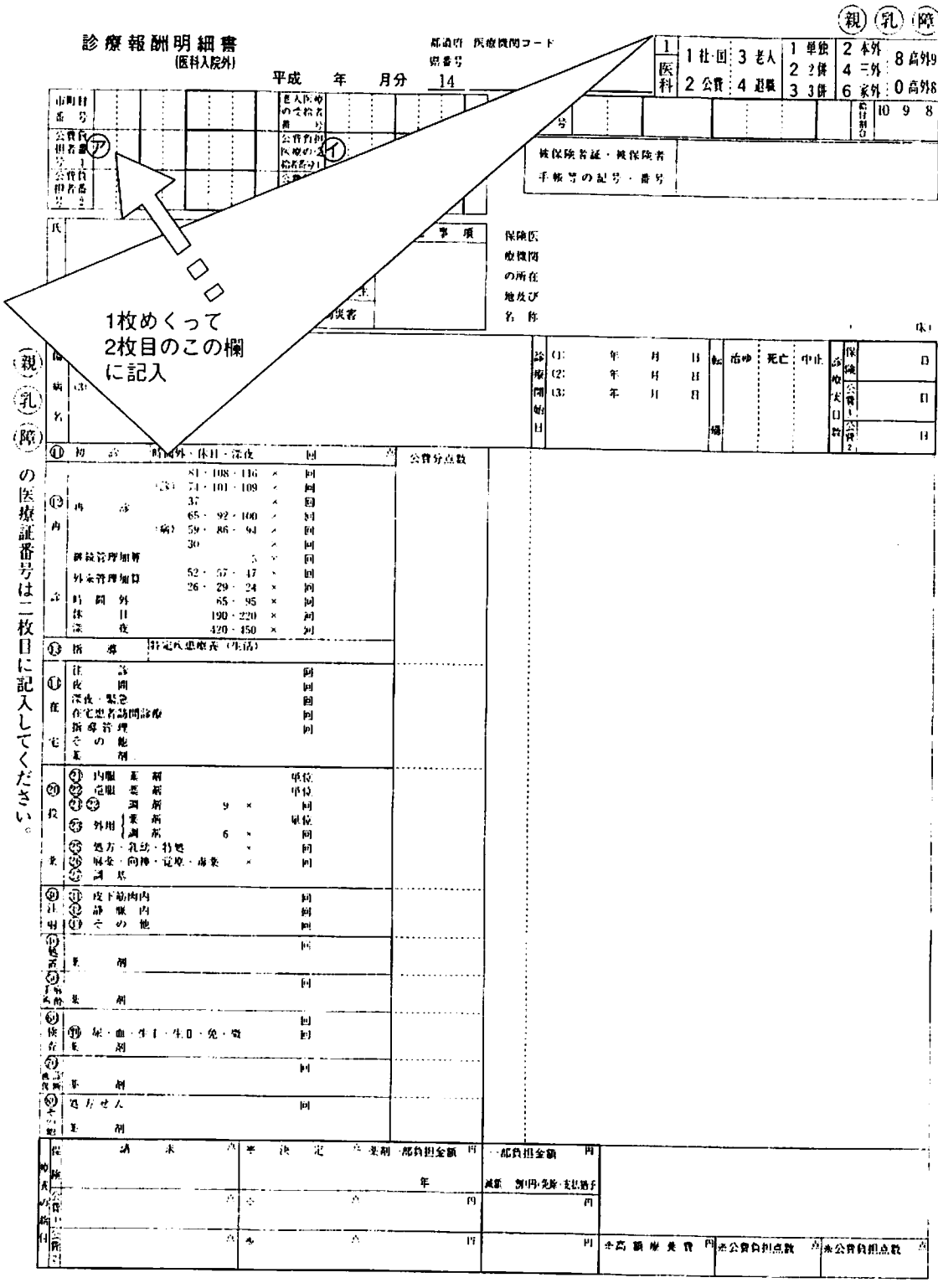
この明細書によって１枚目は医療保険分として支払基金へ、２枚目は助成分として 親・乳・障・老　専用請求書をそれぞれ市町村別に添付し、一般国保とは別綴じとして神奈川国民健康保険団体連合会へ請求して下さい。

（2）公費の負担者番号と受給者番号を記入しますが、この欄は複写になっていないので１枚目には記入せずに２枚目のみに記入してください。

（3）福祉医療の明細書は２枚複写になっていますが、請求に必要な箇所のみ複写になっていますので、枠から文字がはみ出てたりしますと複写できませんので必ず枠内に収まるように記入してください。

（4）レセプトを電算出力で請求される場合は、１枚目の支払基金へ請求する分は通常の出力（公費負担者番号、受給者番号の出力は不要）でかまいませんが、２枚目の連合会提出分については、必要項目以外は出力しないでください。また、やむを得ず出力される場合は余分な出力箇所は、斜線等で抹消してください。

（5）「歯科」について　㊨・㊩　明細書は特記事項欄に「(40) 50/100 加算」の表示のある明細書を使用してください。



(親)(乳)(障)

診療報酬明細書
(医科入院外)

平成　年　月分

都道府 医療機関コード
県番号 14

1 医科	1 社・国 2 公費	3 老人 4 退職	1 単独 2 2併 3 3併	2 本外 4 三外 6 家外	8 高外9 0 高外8

給付割合 10 9 8

市町村番号

老人医療の受給者番号

公費負担者番号1 (ア)

公費負担医療の受給者番号1 (イ)

公費負担者番号2

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

氏

事項

保険医療機関の所在地及び名称

主

災害

1枚めくって
2枚目のこの欄
に記入

(親)(乳)(障)の医療証番号は二枚目に記入してください。

傷病名 (3)

診療開始日 (1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日

転帰 治ゆ 死亡 中止

診療実日数 保険 日 公費1 日 公費2 日

(11) 初診	時間外・休日・深夜		回	公費分点数	
(12) 再診		81・108・116	× 回		
	(診)	74・101・109	× 回		
		37	× 回		
		65・92・100	× 回		
	(病)	59・86・94	× 回		
		30	× 回		
	継続管理加算	5	× 回		
	外来管理加算	52・57・47	× 回		
		26・29・24	× 回		
	時間外	65・95	× 回		
	休日	190・220	× 回		
	深夜	420・450	× 回		
(13) 指導	特定疾患療養(生活)				
(14) 在宅	往診		回		
	夜間		回		
	深夜・緊急		回		
	在宅患者訪問診療		回		
	指導管理		回		
	その他				
	薬剤				
(20) 投薬	(21) 内服薬剤		単位		
	(22) 屯服薬剤		単位		
	(23)(24) 調剤	9	× 回		
	(23) 外用 薬剤		単位		
	調剤	6	× 回		
	(25) 処方・乳幼・特処		× 回		
	(26) 麻薬・向神・覚療・毒薬		× 回		
	(27) 調基				
(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		
(50) 手術	薬剤		回		
(60) 検査	(61) 尿・血・生I・生II・免・微		回		
	薬剤		回		
(70) 診断	薬剤		回		
(80) その他	処方せん		回		
	薬剤				

保険	請求 点	率 決定 点	薬剤・部負担金額 円	一部負担金額 円	
			年	減額 割円・免除・支払猶予	
公費1	点	点	円	円	
公費2	点	点	円	円	※高額療養費 円 ※公費負担点数 点 ※公費負担点数 点

保険提出用(H14・10改正)

(親)(乳)(障)

診療報酬明細書
(医科入院外)

平成　年　月分

都道府県番号 14　医療機関コード

1 医科	1 社·国 2 公費	3 老人 4 退職	1 単独 2 2併 3 3併	2 本外 4 三外 6 家外	8 高外9 0 高外8

市町村番号		老人医療の受給者番号	
公費負担者番号1		公費負担医療の受給者番号(1)	
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		給付割合	10 9 8
被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号			

氏名	1 男 2 女 1 明 2 大 3 昭 4 平　・　・　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

(　床)

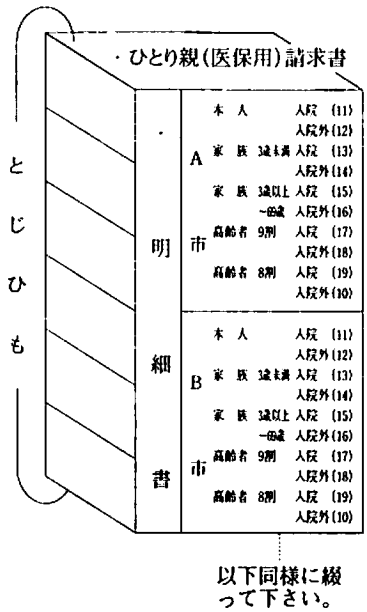
傷病名	診療開始日	診療実日数
(1)	(1)　年　月　日	保険　日
(2)	(2)　年　月　日	公費①
(3)	(3)　年　月　日	公費②

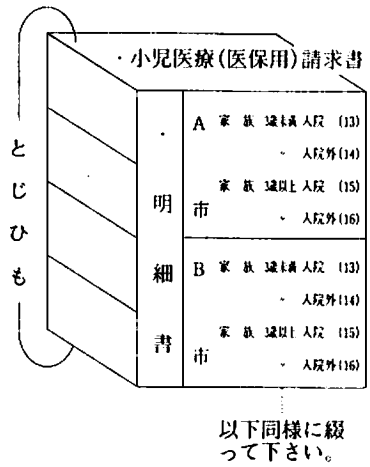
療養の給付	請求　点	※決定　点	薬剤一部負担金額　円	一部負担金額　円
保険			年	減額　割(円)免除·支払猶予
公費1				
公費2				

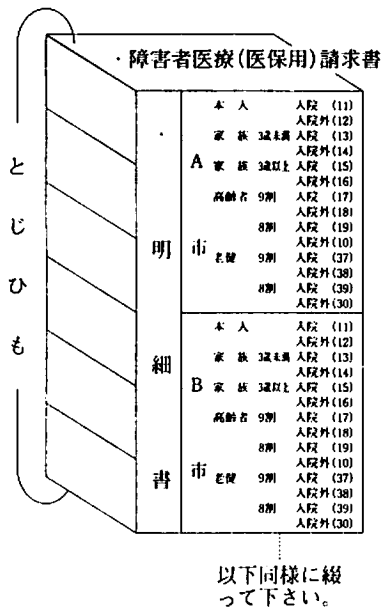
(国保連合会提出用)

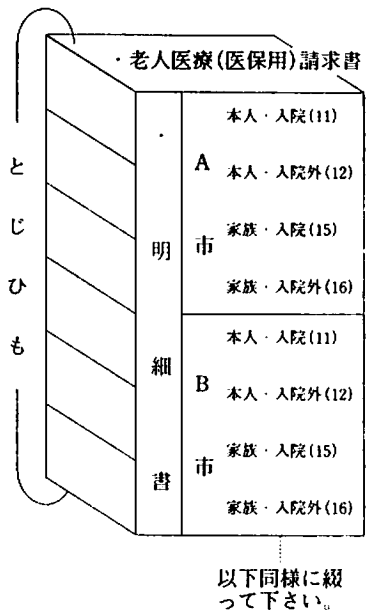
4　福祉医療（医保用）の請求書及び明細書の編綴要項

明細書は請求先市町村番号（公費負担者番号）ごとに、本人・３歳未満家族・３歳以上家族・老健等の入院・入院外ごとにまとめて、助成事業別の請求書を添付し編綴して下さい。（下図参照下さい。）





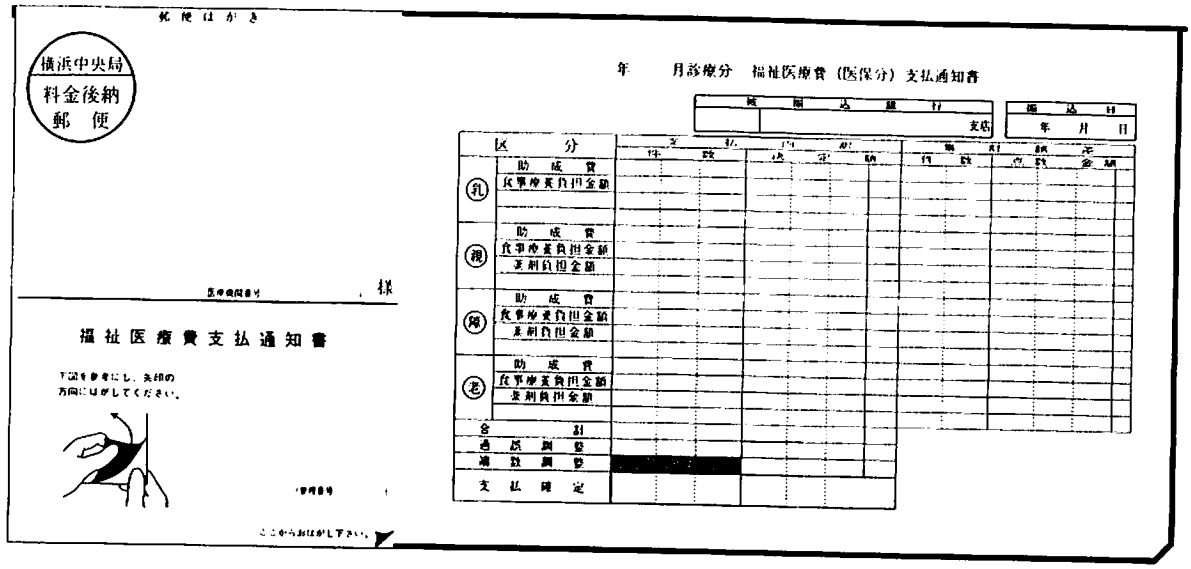




5　福祉医療の支払通知書について

福祉医療の支払額は、下記のハガキによってお知らせします。

支払い日は、国保連合会へ請求の翌月 25 日（25 日が土曜日、日曜日、休日に当たる場合、直後のこれら以外の日）です。



6　県下小児医療費助成事業市町村主管課及び公費負担者番号

平成15年4月1日

市町村名	主管課（係・班）	電話番号	公費負担者番号							
			法制		県番号		市町村番号			CD
横浜市	医療援助課福祉医療係	045-671-2121	8	1	1	4	4	0	0	8*
川崎市	福祉医療課福祉医療班	044-200-2111	8	1	1	4	5	0	0	5
横須賀市	子育て支援課小児医療担当	046-822-4000	8	1	1	4	0	0	3	0
平塚市	保険年金課小児老人医療担当	0463-23-1111	8	1	1	4	0	0	4	8
鎌倉市	保険年金課医療給付担当	0467-23-3000	8	1	1	4	0	0	5	5
藤沢市	医療予防課医療費給付担当	0466-25-1111	8	1	1	4	0	0	6	3
小田原市	保険課医療給付担当	0465-33-1302	8	1	1	4	0	0	7	1
茅ヶ崎市	健康づくり課医療給付担当	0467-82-1111	8	1	1	4	0	0	8	9
逗子市	福祉課児童係	046-873-1111	8	1	1	4	0	0	9	7
相模原市	地域医療課医療給付係	042-754-1111	8	1	1	4	0	1	0	5
三浦市	保険年金課医療年金係	046-882-1111	8	1	1	4	0	1	1	3
秦野市	児童福祉課母子児童班	0463-82-5111	8	1	1	4	0	1	2	1
厚木市	医療政策課医療給付係	046-223-1511	8	1	1	4	0	1	3	9
大和市	医療健康課福祉医療担当	046-263-1111	8	1	1	4	0	1	4	7
伊勢原市	保険年金課医療助成係	0463-94-4711	8	1	1	4	0	1	5	4
海老名市	児童福祉課	046-231-2111	8	1	1	4	0	1	6	2
座間市	市民健康課予防医療係	046-255-1111	8	1	1	4	0	1	7	0
南足柄市	保険年金課医療給付担当	0465-74-2111	8	1	1	4	0	1	8	8
綾瀬市	児童障害福祉課児童担当	0467-77-1111	8	1	1	4	0	5	3	5
葉山町	福祉課児童福祉係	046-876-1111	8	1	1	4	0	5	1	9
寒川町	福祉課児童福祉担当	0467-74-1111	8	1	1	4	0	5	2	7
大磯町	子育て介護課	0463-61-4100	8	1	1	4	0	5	4	3
二宮町	住民課保険医療係	0463-71-3311	8	1	1	4	0	5	5	0
中井町	保険福祉課福祉班	0465-81-1111	8	1	1	4	0	5	6	8
大井町	福祉課	0465-83-1311	8	1	1	4	0	5	7	6
松田町	保険福祉課福祉班	0465-83-1225	8	1	1	4	0	5	8	4
山北町	健康福祉課福祉推進班	0465-75-1122	8	1	1	4	0	5	9	2
開成町	保険福祉課福祉係	0465-83-2331	8	1	1	4	0	6	0	0
箱根町	健康福祉課子育て支援班	0460-5-7111	8	1	1	4	0	6	1	8
真鶴町	福祉健康課社会福祉係	0465-68-1131	8	1	1	4	0	6	2	6
湯河原町	福祉課児童福祉担当	0465-63-2111	8	1	1	4	0	6	3	4
愛川町	福祉課社会福祉総務班	046-285-2111	8	1	1	4	0	6	4	2
清川村	保険福祉課福祉係	046-288-1211	8	1	1	4	0	6	5	9
城山町	福祉推進課子育て支援班	042-782-1111	8	1	1	4	0	6	6	7
津久井町	児童福祉課児童福祉係	042-784-1141	8	1	1	4	0	6	7	5
相模湖町	町民課児童班	0426-84-3211	8	1	1	4	0	6	8	3
藤野町	健康福祉課福祉担当	0426-87-2111	8	1	1	4	0	6	9	1

神奈川県の担当課	衛生部保健医療課疾病対策班	電話／045-210-1111

※横浜市の公費負担者番号は請求書上の代表番号で、明細書に記入する番号は各区ごとに設定されていますのでご注意ください。

7　県下ひとり親家庭等医療費助成事業市町村主管課及び公費負担者番号

平成15年4月1日

市町村名	主管課(係・課)	電話番号	公費負担者番号							
			法制		県番号		市町村番号			CD
横浜市	医療援助課福祉医療係	045-671-2121	8	5	1	4	4	0	0	4
川崎市	福祉医療課福祉医療班	044-200-2111	8	5	1	4	5	0	0	1
横須賀市	子育て支援課ひとり親医療担当	046-822-4000	8	5	1	4	0	0	3	6
平塚市	児童福祉課児童係	0463-23-1111	8	5	1	4	0	0	4	4
鎌倉市	保険年金課医療給付担当	0467-23-3000	8	5	1	4	0	0	5	1
藤沢市	医療予防課医療費給付担当	0466-25-1111	8	5	1	4	0	0	6	9
小田原市	保険課医療給付担当	0465-33-1302	8	5	1	4	0	0	7	7
茅ヶ崎市	健康づくり課医療給付担当	0467-82-1111	8	5	1	4	0	0	8	5
逗子市	福祉課児童係	046-873-1111	8	5	1	4	0	0	9	3
相模原市	地域医療課医療給付係	042-754-1111	8	5	1	4	0	1	0	1
三浦市	保険年金課医療・年金係	046-882-1111	8	5	1	4	0	1	1	9
秦野市	児童福祉課母子児童班	0463-82-5111	8	5	1	4	0	1	2	7
厚木市	医療政策課医療給付係	046-223-1511	8	5	1	4	0	1	3	5
大和市	児童育成課児童福祉担当	046-263-1111	8	5	1	4	0	1	4	3
伊勢原市	保険年金課医療助成係	0463-94-4711	8	5	1	4	0	1	5	0
海老名市	児童福祉課	046-231-2111	8	5	1	4	0	1	6	8
座間市	児童課児童係	046-255-1111	8	5	1	4	0	1	7	6
南足柄市	保険年金課医療給付担当	0465-74-2111	8	5	1	4	0	1	8	4
綾瀬市	児童障害福祉課児童担当	0467-77-1111	8	5	1	4	0	5	3	1
葉山町	福祉課児童福祉係	046-876-1111	8	5	1	4	0	5	1	5
寒川町	福祉課児童福祉担当	0467-74-1111	8	5	1	4	0	5	2	3
大磯町	子育て介護課	0463-61-4100	8	5	1	4	0	5	4	9
二宮町	住民課保険医療係	0463-71-3311	8	5	1	4	0	5	5	6
中井町	保険福祉課福祉班	0465-81-1111	8	5	1	4	0	5	6	4
大井町	福祉課	0465-83-1311	8	5	1	4	0	5	7	2
松田町	保険福祉課福祉班	0465-83-1225	8	5	1	4	0	5	8	0
山北町	健康福祉課福祉推進班	0465-75-1122	8	5	1	4	0	5	9	8
開成町	保険福祉課福祉係	0465-83-2331	8	5	1	4	0	6	0	6
箱根町	健康福祉課子育て支援班	0460-5-7111	8	5	1	4	0	6	1	4
真鶴町	福祉健康課社会福祉係	0465-68-1131	8	5	1	4	0	6	2	2
湯河原町	福祉課児童福祉担当	0465-63-2111	8	5	1	4	0	6	3	0
愛川町	福祉課社会福祉総務班	046-285-2111	8	5	1	4	0	6	4	8
清川村	保険福祉課福祉係	046-288-1211	8	5	1	4	0	6	5	5
城山町	福祉推進課子育て支援班	042-782-1111	8	5	1	4	0	6	6	3
津久井町	児童福祉課児童福祉係	042-784-1141	8	5	1	4	0	6	7	1
相模湖町	健康福祉課地域福祉班	0426-84-3211	8	5	1	4	0	6	8	9
藤野町	健康福祉課福祉担当	0426-87-2111	8	5	1	4	0	6	9	7

神奈川県の担当課	福祉部児童福祉課母子福祉班	電話／045-210-1111

8　県下重度障害者医療費助成事業市町村主管課及び公費負担者番号

平成15年4月1日

市町村名	主管課(係・班)	電話番号	公費負担者番号								現物給付の取扱	
			法制		県番号		市町村番号			CD	訪問看護	老健併用
横浜市	医療援助課	045-671-2121	8	0	1	4	4	0	0	9※	○	×
川崎市	福祉医療課福祉医療係	044-200-2111	8	0	1	4	5	0	0	6	○	×
横須賀市	障害福祉課	046-822-4000	8	0	1	4	0	0	3	1	○	○
平塚市	障害福祉課障害福祉担当	0463-23-1111	8	0	1	4	0	0	4	9	○	○
鎌倉市	保険年金課医療給付担当	0467-23-3000	8	0	1	4	0	0	5	6	○	○
藤沢市	医療予防課	0466-25-1111	8	0	1	4	0	0	6	4	○	○
小田原市	保険課医療給付担当	0465-33-1302	8	0	1	4	0	0	7	2	○	○
茅ヶ崎市	健康づくり課医療給付担当	0467-82-1111	8	0	1	4	0	0	8	0	×	○
逗子市	――	046-873-1111	――									
相模原市	地域医療課	042-754-1111	8	0	1	4	0	1	0	6	○	○
三浦市	保険年金課医療・年金係	046-882-1111	8	0	1	4	0	1	1	4	○	○
秦野市	障害福祉課障害福祉班	0463-82-5111	8	0	1	4	0	1	2	2	○	○
厚木市	医療政策課医療給付係	046-223-1511	8	0	1	4	0	1	3	0	×	○
大和市	医療健康課福祉医療担当	046-263-1111	8	0	1	4	0	1	4	8	○	○
伊勢原市	保険年金課医療助成係	0463-94-4711	8	0	1	4	0	1	5	5	○	○
海老名市	障害福祉課	046-231-2111	8	0	1	4	0	1	6	3	○	○
座間市	市民健康課予防医療係	046-255-1111	8	0	1	4	0	1	7	1	○	○
南足柄市	保険年金課	0465-74-2111	8	0	1	4	0	1	8	9	○	○
綾瀬市	福祉課障害福祉係	0467-77-1111	8	0	1	4	0	5	3	6	○	○
葉山町	福祉課障害福祉係	046-876-1111	8	0	1	4	0	5	1	0	×	○
寒川町	福祉課障害福祉係	0467-74-1111	8	0	1	4	0	5	2	8	○	○
大磯町	福祉課障害福祉班	0463-61-4100	8	0	1	4	0	5	4	4	○	○
二宮町	住民課医療係	0463-71-3311	8	0	1	4	0	5	5	1	×	○
中井町	保険福祉課福祉班	0465-81-1111	8	0	1	4	0	5	6	9	○	○
大井町	福祉課	0465-83-1311	8	0	1	4	0	5	7	7	○	○
松田町	保険福祉課福祉班	0465-83-1225	8	0	1	4	0	5	8	5	○	○
山北町	健康福祉課福祉推進班	0465-75-1122	8	0	1	4	0	5	9	3	○	○
開成町	保険福祉課福祉係	0465-83-2331	8	0	1	4	0	6	0	1	○	○
箱根町	町民課保険班	0460-5-7111	8	0	1	4	0	6	1	9	○	○
真鶴町	福祉健康課社会福祉係	0465-68-1131	8	0	1	4	0	6	2	7	○	○
湯河原町	福祉課障害福祉担当	0465-63-2111	8	0	1	4	0	6	3	5	○	○
愛川町	福祉課障害福祉班	046-285-2111	8	0	1	4	0	6	4	3	×	○
清川村	保険福祉課福祉班	046-288-1211	8	0	1	4	0	6	5	0	×	○
城山町	福祉推進課福祉班	042-782-1111	8	0	1	4	0	6	6	8	×	○
津久井町	健康福祉課社会福祉係	042-784-1141	8	0	1	4	0	6	7	6	×	○
相模湖町	健康福祉課	0426-84-3211	8	0	1	4	0	6	8	4	×	○
藤野町	健康福祉課	0426-87-2111	8	0	1	4	0	6	9	2	×	○

神奈川県の担当課	福祉部障害福祉課更正班	電話／045-210-1111

※横浜市の公費負担者番号は請求書上の代表番号で、明細書に記入する番号は各区ごとに設定されていますのでご注意ください。

参考資料

1　　保険給付の内容について（抜粋）

2．　国民健康保険制度改正状況について（抜粋）

この参考資料は、介護国民健康保険課のご協力をいただき、
掲載させていただきました。

神奈川県福祉部介護国民健康保険課

1．保険給付の内容について（抜粋）

1．国保の保険給付

1－1　保険事故

一般に保険制度における保険事故とは、経済的な損失を生ずる偶発的な事故をいうが、国保の保険事故は、疾病、負傷、出産及び死亡の四種類に限定され、これらに関して必要な保険給付を行う。（法第２条）

（ア）疾　病……一般に医師又は歯科医師による診療の必要があると認められる疾病、負傷

（イ）負　傷

（ウ）出　産……妊娠８４日以上の出産（生産、死産、流産の別、妊娠の原因を問わない。）

（エ）死　亡

また、身体に何らかの異常を感じて診療を求めたときに、診断の結果として疾病と認められる徴候がない場合であっても給付の対象となる。

1－2　国保の給付対象外とされるもの

（ア）業務上の傷病

（イ）健康診断（健康診査）

（ウ）一般的な予防注射（例外あり）

（エ）正常分娩、正常妊娠及び経済上の理由による人工妊娠中絶

（オ）美容を目的とする整形手術、歯列矯正

（カ）治療不能又は医師が治療の必要を認めないもの

2．保険給付の種類

保険給付は次により分類される。

（ア）保険事故による分類（疾病、負傷、出産、死亡）

（イ）保険者の給付実施義務による分類

法定給付
- 絶対的必要給付……必ず実施しなければならない給付
- 相対的必要給付……特別な理由がある時は実施しなくてもよい給付

任意給付……保険者の意志にまかせている給付

（ウ）給付形態による分類

疾病または負傷に対する保険給付では、現物給付としての療養の給付を原則とし、これを行うことが困難な場合にかぎり例外的に現金給付として療養費の支給を行う。

分類				保険給付の種類
現物給付	法定給付	絶対的必要給付	疾病負傷	療養の給付（法第３６条１項）
				入院時食事療養費（法第５２条）
				特定療養費（法第５３条）
				訪問者護療養費（法第５４条の２）
		相対的必要給付	死亡	葬祭の給付（法第５８条第１項）
現金給付	法定給付	絶対的必要給付	疾病負傷	療養費（法第５４条）
				特別療養費（法第５４条の３）
				移送費（法第５４条の４）
				特例療養費（法第５４条の５）
				高額療養費（法第５７条の２）
		相対的必要給付	出産	出産育児一時金（法第５８条第１項）
			死亡	葬祭費（法第５８条第１項）
	任意給付		疾病負傷	傷病手当金その他（法第５８条第２項）

３．療養の給付（法第３６条）

３－１　範　囲

（ア）診　察

（イ）薬剤又は治療材料の支給

（ウ）処置、手術その他の治療

（エ）居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話、その他の看護

（オ）病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話、その他の看護

３－２　給付期間

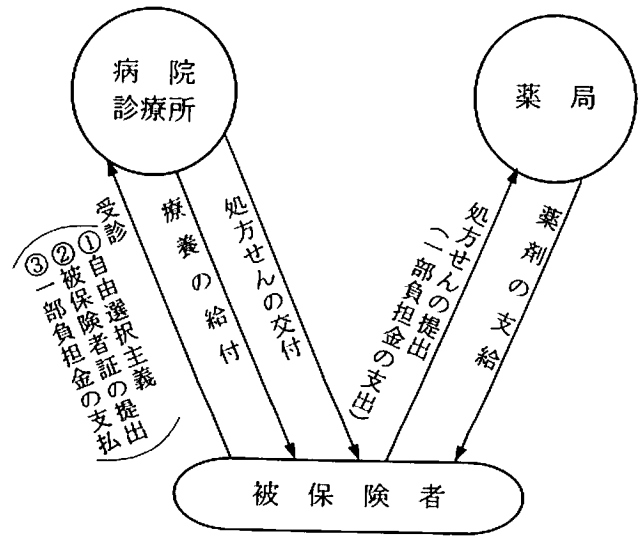
転帰（治ゆ、中止、死亡）まで

３－３　一部負担金（法第４２条）

３－３－１　意　義

濫受診の防止と保険財政に対する負担の軽減を意図して採用されている制度であり、被保険者は療養の給付に要する費用の一部を負担する。

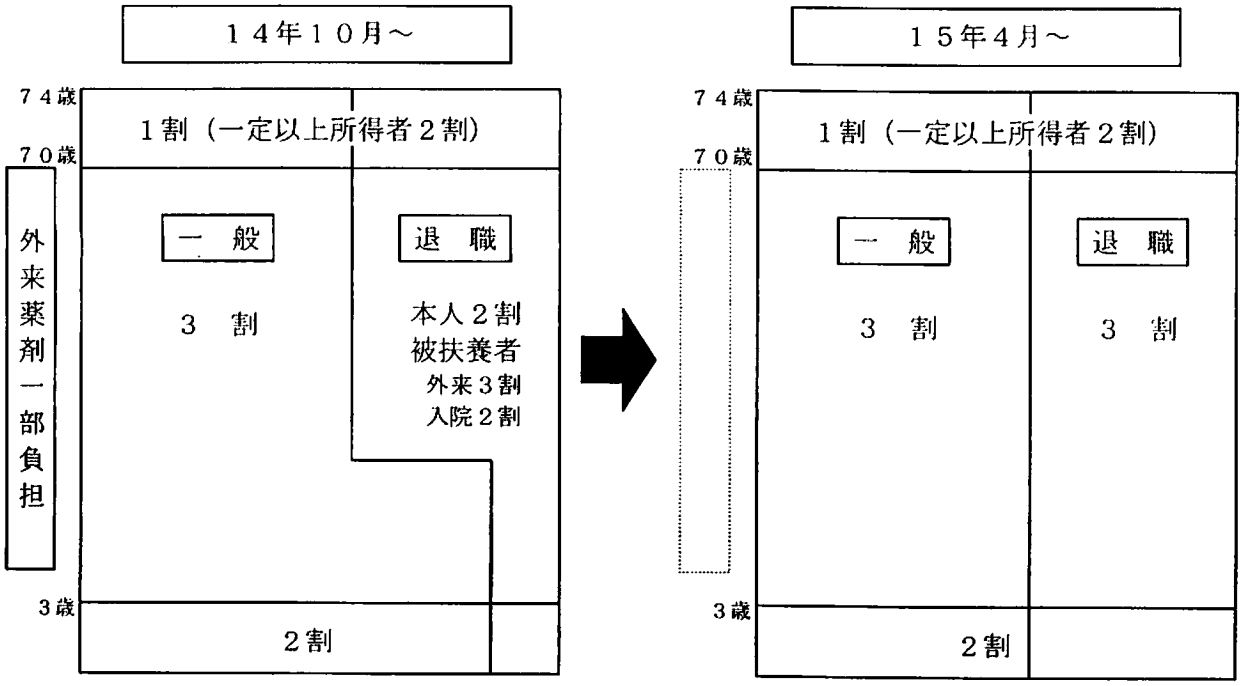
図・療養の給付の方法
（保険医療機関等）



３－３－２　一部負担金の額

ア　定率負担（法第４２条第１項）

平成１４年の健康保険法等の一部改正において、各制度・世代を通じた給付の公平化が図られた。そこで平成１４年１０月より新たな負担区分が設けられ、平成１５年４月からは退職被保険者等についても他の被保険者と同様の負担割合となった。（これに伴って、退職被保険者等に係る特例療養費は廃止された。）



なお、国保財政の健全性をそこなうおそれがないと認められる場合には、条例または規約により一部負担金の割合を減ずることができる。（法第４３条第１項・施行令第２８条の２）

イ　７０歳以上の被保険者（老健対象者を除く）の負担区分判定

（ア）一定以上所得者の判定基準

以下の①～②に該当する者のうち一人でも判定基準所得以上の者がいる世帯に属する国保被保険者が対象となる。

①　７０歳以上の被保険者（老健対象者は除く）

②　同一世帯の老人医療受給者（国保被保険者に限る）

※　国保の上位所得の判定では世帯全体の所得を合算して判定するが、一定以上所得は各個人が判定基準所得以上かどうか判定。

※　同一世帯内に、市町村国保の被保険者と国保組合の被保険者が存在する場合は、市町村国保は市町村国保の被保険者を、組合国保は組合国保の被保険者を判定対象とする。

（イ）判定基準所得

ａ．老人保健制度における判定基準所得に準じて設定。

b．高齢者の多様な稼得形態を踏まえ、実質的負担能力に応じた負担を求めるため、地方税法上の各種控除後の所得（課税所得）により判定する。

c．基準額は、現役世代の平均的収入（政管健保加入者の平均標準報酬）を基礎とした年間収入により算定する。

（ウ）判定方法

a．医療を受ける日の属する月の初日における世帯状況を反映

b．所得状況は医療を受ける日の属する年の前年（医療を受ける日の属する月が１月から７月までの場合は前々年度）の所得をもって判断。

（エ）定期判定

a．所得状況は毎年変動することから、毎年度定期的に前年所得を確認次第、速やかに判定する必要がある。

b．前年所得の適用は、８月１日の診療分からとする。

c．８月１日の時点での世帯の負担区分を表す証を交付する必要があることから、７月中に、所得を把握の上、８月１日時点の世帯状況を想定し、負担区分の判定を行う。

d．負担区分判定後８月１日以前に世帯の異動があった場合においては、８月１日までに届出に基づき、再度負担区分の判定を行い、証を交付する。

e．転入者の所得の把握方法

・転入者について負担区分を判定するため、前住所地市町村に転入者の所得情報の情報提供を依頼（保険料賦課における取扱いと同様）

f．所得不詳の場合の取扱い

・所得が判明しない場合は、「政令の定めるところにより算定した所得の額が政令で定める額以上あるとき」との判断ができないため一定以上所得非該当となるが、適正な負担区分の判定を行うため、保険料賦課における簡易申告制度の活用などによる所得実態の把握に極力努める必要がある。

・所得更正等により、所得が判明した場合は、その所得を踏まえ再判定を行う。その場合、変更前の所得が適用される時点まで（時効の範囲内で）遡及して調整する。

（オ）高齢受給者証の交付

a．被保険者証とは別に、個人単位で７０歳以上の被保険者の一部負担の割合を示す証を職権により交付する。

b．７０歳以上の被保険者全員に対し交付する。

c．証の有効期限は１年とする。（定期の負担区分の判定ごとに交付）

d．受診の際は、保険医療機関の窓口に被保険者証と併せて提出する。

e．保険医療機関で前期高齢者証を提出しなかった場合には、一律２割負担とし、差額がある場合には償還払いとなる。

（カ）年度途中で７０歳になる者がいる場合の取扱い

ａ．年度途中で７０歳になる者を除いて負担区分を判定する。

ｂ．あわせて年度途中で７０歳となる者も含めた世帯の状況を勘案して負担区分を判定。

（月の初日に７０歳以上に達しているかどうかを月単位で判定）

例：同一世帯に７２歳の者（Ａ）と８月１５日に７０歳になる者（Ｂ）がいる場合は、まずＡが一定以上所得者かどうかを判定し、９月診療分以降についてはＢも含めて判定する。

ｃ．負担区分に変更がある場合には、その時期を明記した証を交付する。

例：上記の例において、Ａが一般の負担区分の場合、Ｂが一定以上所得者と判定されれば、Ａも一定以上所得者の負担区分となるため、Ａの前期高齢者証には８月診療分までは９割給付、９月診療分から８割給付であることを明記する。

（キ）世帯の異動等の場合の取扱い（随時判定）

ａ．月の途中で世帯の異動により負担区分の変更がある場合

・世帯に継続性がある場合には、変更後の負担区分は、翌月の初日から適用。

・速やかに所得を把握し、翌月の初日までに変更後の証を７０歳以上の被保険者全員に交付する。

例：世帯の継続性を保ったまま（＝記号番号に変更なし）、世帯員が転入してきたことにより、負担区分の変更がある場合は、異動があった月は所得区分の変更は行わず、変更後の負担区分は、翌月の初日から適用する。転入してきた者（＝記号番号に変更あり）は、異動があった月は転入先の世帯の負担区分を適用した証を交付する。

・世帯に継続性がない場合には、世帯の異動の時点で負担区分を判定適用し、速やかに変更後の証を７０歳以上の被保険者全員に交付する。

例：独立して新たに世帯を形成する場合（＝記号番号に変更あり）は、その時点で負担区分を判定・適用する。

ウ　薬剤の支給に伴う定額負担（１５年４月１日より廃止）

ａ．原則

被保険者等は、保険給付に薬剤の支給が含まれるときは、第４２条第１項による各被保険者の種別ごとの定率負担の他、次の①～③の薬剤の区分に従い、各々定める額を定額の一部負担金として支払う。

①一般の薬剤…薬剤１日分につき２～３種類３０円、４～５種類６０円、
６種類以上１００円

②頓服薬……１種類の薬剤につき１０円

③外用薬……１種類５０円、２種類１００円、３種類以上１５０円

b．薬剤支給に伴う定額負担を求めないもの

次に掲げる薬剤の支給については、薬剤定額負担を求めない。

①６歳未満又は７０歳以上の被保険者に対する薬剤の支給

②処置・手術に伴う薬剤の支給

③入院中の療養に伴う薬剤の支給

④診療報酬点数表上、薬剤の支給を包含する措置として点数評価されている措置に伴う薬剤の支給

c．薬剤支給に伴う定額負担算定の例外措置

aの①～③の種類算定につき、１剤の薬剤の１日分（頓服及び外用薬については１剤の薬剤の１調剤分）の支給に要する費用の額が厚生労働大臣が定める額を超えないとき、実際の種類数によらず、１種類と見做す。

３－３－３　支払方法

（ア）原則‥‥被保険者が療養の給付を受ける際に、保険医療機関等の窓口で支払う。
（窓口払方式）

（イ）例外‥‥ａ　保険者が被保険者から直接に徴収する。（法第４４条第１項第３号）

ｂ　一部負担金割合引下げの場合の差額支給（法第４３条第３項）

３－３－４　一部負担金の端数処理（法第４２条の２）

被保険者が保険医療機関等窓口で一部負担金を支払う場合においては、１０円未満の端数があるときは、これを四捨五入する。

注１．柔道整復師に対する支払についても同様の取扱いをする。（昭和５９年９月２９日厚生省保険局医療課課長補佐内かん）

２．保険者と被保険者、保険者と保険医療機関等との支払関係では、この規定は適用されない。（昭和５９年９月２８日　保険発第７２号　厚生省保険局国民健康保険課長通知）

３．特定療養費が現物給付化された場合において同様の取扱いとする。（昭和５９年９月２８日　保険発第７２号　厚生省保険局国民健康保険課長通知）

３－３－５　支払責任

療養の給付を受ける被保険者が支払わなければならないが（法第４２条第１項）、当該被保険者が世帯主または組合員でない場合は、被保険者の属する世帯の世帯主又は組合員が支払責任を負う（法第５７条）。

３－３－６　受領責任及び徴収処分（法第４２条第２項）

（ア）受領責任を負う者……保険医療機関等

（イ）徴収処分

ａ．次の（ａ）、（ｂ）の要件を満たした場合に保険者は法に規定する徴収金の例により、未払の一部負担金についての処分をすることができる。

（ａ）保険医療機関等が善良な管理者と同一の注意をもってその支払を受けることに努めたにもかかわらず、被保険者が当該一部負担金の全部又は一部を支払わないとき。

（ｂ）当該保険医療機関等の保険者に対する請求（強制処分権発動の請求）

請求の時期・・・未払となっている一部負担金の支払義務が被保険者に発生した日から起算して概ね２箇月を経過した後。

ｂ．強制処分権発動の請求を受けた後の保険者の事務

（ａ）当該保険医療機関等の善良な管理者と同一の注意（善管注意）義務履行の審査

（ｂ）督促、滞納処分（財産の差押、競売、換価）

（市町村は法第７９条の２、組合は法第７９条及び第８０条）

（ｃ）処分により得た徴収金のうちから当該請求にかかる一部負担金に相当する額を保険医療機関等に交付する。（昭和３４年３月３０日保発２１号　厚生省保険局長通知）

注１．善管注意義務について

国保事業という公共事業の業務を取り扱う機関としての保険医療機関等の開設者たる地位にある者に対し、一般的に要求される相当程度の注意義務をいう。

保険医療機関等が強制処分権発動の請求をする場合には注意義務をつくしたことを証明しなければならない。

（昭和３４年３月３０日　保発２１号　厚生省保険局長通知）

３－３－７　減免、徴収猶予（法第４４条）

保険者は、世帯主（又は組合員）が特別の理由により、一部負担金の支払が困難と認められる場合には、その減額、免除又は徴収を猶予することができる。

（ア）認　定　権・・・・市町村長の権限に属するものと考えられ、条例事項になじまないものとされている。

（イ）特別の理由（昭和３４年３月３０日保発２１号厚生省保険局長通知）

ａ．震災、風水害、火災、その他これらに類する災害により死亡し、不具者となり、又は資産に重大な損害を受けたとき。

ｂ．干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁、その他これらに類する理由により収入が減少したとき。

ｃ．事業又は業務上の休廃止、失業等により収入が著しく減少したとき。

ｄ．ａ～ｃに掲げる事由に類する事由があったとき。

４．入院時食事療養費（法第５２条）

４－１　意　　義

入院時の食事の費用については、平成６年１０月１日から「療養の給付」より切り離して入院時食事療養費という別個の給付とし、患者が平均的な家計における食費を勘案した一定額(標準負担額）を支払うこととなった。

４－２　支給要件（法第５２条）

保険者は被保険者が療養の給付と併せて受けた食事療養に要した費用について、世帯主又は組合員に対し、入院時食事療養費を支給する。(被保険者が被保険者資格証明書の交付を受けている間は、この限りでない。)

（ア）額‥‥‥‥‥ 被保険者が保険医療機関で、療養の給付と併せて受けた食事療養に要した費用の額から、標準負担額を控除した額。

（イ）請求権者‥ 世帯主又は組合員。ただし、保険者は支給すべき額の限度において、世帯主又は組合員に代わり、保険医療機関に支払う。

（この場合、世帯主又は組合員に対し、支給があったものとみなす。）

４－３　標準負担額

（ア）

<table>
<tr><th>７０歳未満被保険者の分類</th><th>一日あたり
標準負担額</th><th colspan="2">７０歳以上の被保険者の分類</th></tr>
<tr><td>一　　般</td><td>７８０円</td><td colspan="2">（A）一般の７０歳以上の被保険者（B，Cのいずれにも該当しない者）</td></tr>
<tr><td>減額認定者（長期非該当）</td><td>６５０円</td><td rowspan="2">（B）市町村民税非課税世帯に属する７０歳以上の被保険者（Cに該当するものを除く）</td><td>（B１）過去１年間の入院期間が９０日以下（長期非該当）</td></tr>
<tr><td>減額認定者（長期該当）</td><td>５００円</td><td>（B２）過去１年間の入院期間が９０日以上（長期該当）</td></tr>
<tr><td>－</td><td>３００円</td><td colspan="2">（C）Bのうち所得が一定基準に満たない７０歳以上の被保険者</td></tr>
</table>

標準負担額については、平均的な家計における食費の状況を勘案して厚生労働大臣が定めることとなっている（健康保険法第８５条第２項)。

（イ）標準負担額は高額療養費の対象たる費用には含まれない。

４－４　減額対象者の認定（規則第２６条の２・第２６条の３）

（ア）対象者　当該被保険者の属する世帯の国民健康保険の被保険者全員（減額認定世帯員）について、食事療養のあった月の属する年度（食事療養のあった月が４月から７月の場合は前年度）分の市町村民税が課されないか又は免除される場合の当該被保険者。

（イ）認　定　世帯主又は組合員の申請により保険者が認定し、世帯主又は組合員に標準負担額減額認定証を交付する。

認定の対象は個々の被保険者である。

（ウ）減額認定証の交付申請

① 標準負担額減額認定申請書

② 被保険者証

③ 減額認定世帯員に係る市町村民税非課税証明書（申請書証明欄に証明を受けたときは省略可）、もしくは

④ 福祉事務所長の「国保特例標準負担額減額該当」と記載された保護申請却下通知書又はその写に福祉事務所長等が原本証明したもの、のいずれか

・市町村民税が課されない場合か否かを公簿等によって確認することができるときは添付書類を省略することができる。

・長期該当者（減額認定の申請を行った月を含む過去の１２月以内の入院日数（減額対象者としての入院日数に限る。）が９０日を超える被保険者）の認定については、領収証等の入院期間を確認できる書類が必要となる。また既に減額認定を受けている者については③又は④のいずれかの書類は、減額認定証を提出することにより省略できる。

・減額認定世帯員の中のいずれかが既に減額対象者である場合は、減額申請書に当該減額対象者が既に受けている減額認定証を添えることにより③又は④の書類を省略できる。

（エ）減額認定証の交付

① 発 行 期 日　申請のあった日の属する月の初日

② 長期入院該当日　申請のあった日の属する月の翌月の初日（例外として長期該当者が有効期限に達し、８月中に申請を行ったときは８月１日）

③ 有 効 期 限　申請のあった日の直近の７月末日

④ 返　　還　a．減額対象被保険者が老人保健法の規定による医療を受けることができるに至ったとき

b．減額認定世帯員のいずれかが市町村民税が課されないか又は免除される者でなくなったとき

c．有効期限に至ったとき

４－５　標準負担額減額の特例

（ア）減額認定証を保険医療機関に提出しなかったために標準負担額を支払った場合に、そのことがやむを得ないものと保険者が認めるときは、現に支払った標準負担額と標準負担額の減額により支払うべき額との差額を支給することができる。

（イ）差額の支給を受ける場合は、標準負担額差額支給申請書に、現に支払った標準負担額を証明する書類及び標準負担額の減額の認定に関する事実を証する書類を添付しなければならない。（公簿等により確認できるときは省略できる）

５．特定療養費（法第５３条）

５－１　意　　義

近年、医療に対する被保険者のニーズは多様化し、一方医療機関サイドにおいては、医療技

術の進歩が著しく、高度先進医療が急速に導入されている。特定療養費は、そのような状況に対応すべく医療サービスについての選択を被保険者にゆだねつつ、保険給付とその多様なニーズに基づく費用の負担の調整を図ることをねらいとしている。

具体的には次の２分野について法定給付として５９年１０月より実施されている。

ア．従来、自由診療とされていた高度先進医療（保険の対象外）を含む療養について高度先進医療分を除く基礎部分を給付の対象とする。

イ．従来から運用により差額徴収されていたものの法定化

５－２　支給要件（法第５３条第１項）

ア．特定承認保険医療機関で療養を受けたとき

イ．保険医療機関等で選定療養（健康保険法第４３条２項に規定する）を受けたとき

○具体的には平成６年厚生省告示２３６号により次のものが定められている。

ａ．特別の療養環境の提供。

ｂ．前歯部の鋳造歯冠修復又は歯冠継続歯に使用する金合金又は白金加金の支給。

ｃ．病床数が２００以上の病院について受けた初診（他の病院又は診療所からの文書による紹介がある場合及び緊急その他やむを得ない事情がある場合に受けたものを除く。）

ｄ．予約に基づく診察。

ｅ．保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診察。

ｆ．金属床による総義歯の提供。

ｇ．薬事法（昭和３５年法律第１４５号）第８０条の２第１項に規定する治験（人体に直接使用される医薬品に係るものに限る。）

ｈ．う蝕に罹患している患者（う蝕多発傾向を有しないものに限る。）であって継続的な指導管理を要するものに対する指導管理。

注１．特定承認保険医療機関とは高度の医療を提供するものとして厚生省令で定める要件に該当する病院若しくは診療所で都道府県知事の承認を受けたものをいう。

２．高度先進医療（保険医療機関及び保険医療養担当規則第５条の２・第２項）とは、質的・量的に高水準の医療基盤を有する医療機関において実施される場合については、その安全性及び有効性が確立されているが、未だ一般に普及するまでには至っていないもの。

５－３　支給額（法第５３条第２項）

支給額は健保法第８６条第２項の規定による厚生労働大臣の定めの例によるとされ、昭和５９年９月厚生省告示第１４８号で算定方法が定められている。

ア．特定承認保険医療機関において高度先進医療を含む療養を受けた場合

現行の診療報酬点数表に基づいて算定する。（昭和５９年９月１２日厚生省告示第１４８号）

すなわち、高度先進医療そのものを除いた基礎的部分（入院料、検査料、薬剤等）について現行の点数表により算定した点数に点数単価を乗じて得た額に一部負担割合を乗じて得た額を控除した額

イ．選定療養を受けた場合

現行の診療報酬点数表に基づいて算定する。（昭和５９年９月１２日厚生省告示第１４８号）

具体的には

a．特別の療養環境の提供

$$\left[\text{点数表の入院環境料相当分} \times \frac{\text{点数単価}}{(1\text{点}=10\text{円})}\right] \times \frac{7}{10}\ (\text{注}) = \text{特定療養費として支給する額}$$

b．前歯部の鋳造歯冠修復又は歯冠継続歯に使用する金合金又は白金加金の支給

$$\left[\left(\begin{array}{l}\text{歯科鋳造用の金銀パラジウム合金を使用したものとして現行の点数表により算定した点数}\end{array}\right) \times \frac{\text{点数単価}}{(1\text{点}=10\text{円})}\right] \times \frac{7}{10}\ (\text{注}) = \text{特定療養費として支給する額}$$

（注）例は給付割合が７割の被保険者のケースである。

ウ．当該療養に食事療養が含まれる場合

当該食事療養に要した費用の額から標準負担額を控除した額を合算する。

５－４　支給方法（法第５３条第１項、第３項、第４項、規則第２６条の７）

法上は、償還払いとされているが、実務上の取扱いは現物給付が原則とされる。

注１．特定承認保険医療機関からのレセプトはすべて特定療養費となる。

２．保険医療機関からのレセプトには、特定療養費は明示されない。

５－５　領収書の発行（法第５３条第６項、規則第２６条の８）

保険医療機関等は、費用額から特定療養費を控除した額と標準負担額とその他の費用の額とを区分して記載した領収書を、交付しなければならない。

５－６　その他

ア．特定承認保険医療機関は、同時に保険医療機関にはならない。

イ．特定療養費については療養給付費として経理する。（昭和５９年１２月７日保険発第１０４号厚生省保険局国民健康保険課長通知）

6．訪問看護療養費（法第５４条の２）

6－1　意義・要件

疾病又は負傷により居宅において継続して、看護婦等による療養を受ける状態にあるものであって、その病状が安定又はこれに準ずる状態にあると認められる被保険者が、指定訪問看護事業者について指定訪問看護を受けた場合に、保険者は、その被保険者の属する世帯の世帯主又は組合員に対し、訪問看護療養費を支給する。（被保険者が被保険者資格証明書の交付を受けている間は、この限りではない）

（ア）訪問看護療養費の額は費用額から、費用額に一部負担金の割合を乗じて得た額を、控除した額とする。

（イ）保険者は指定訪問看護事業者に対して支払う。（この場合、世帯主又は組合員に対し、支給があったものとみなす。）

6－2　基本利用料等

（ア）指定訪問看護業者は利用料の支払いを、指定訪問看護を受ける者（利用者）から受けることができる。

①基本利用料　　費用額から訪問看護療養費を控除した額。
　　高額療養費の対象となる。

②その他の利用料　　交通費、おむつ代等。高額療養費の対象とならない。

（イ）指定訪問看護事業者は、基本利用料とその他の利用料ごとに区分して、領収証を発行する。（施行規則第２７条の４）

7．療　養　費（法第５４条）

7－1　意　　義

被保険者が療養の給付、入院時食事療養費の支給若しくは特定療養費の支給（以後「療養の給付等」という。）を受けられなかった場合、事後に保険者から現金をもって支払を受ける現金給付制度である。

しかし、療養費はあくまで療養の給付等で果たすことのできない役割を補充するものであり、被保険者に現物給付と現金給付との選択の自由を与えたものではない。

7－2　支給要件（法第５４条第１項、第２項）

ア．保険者が療養の給付等の支給を行うことが困難であると認めるとき。

イ．被保険者が保険医療機関及び特定承認保険医療機関以外の病院、診療所若しくは薬局その他の者について診療、薬剤の支給若しくは手当を受けた場合において、保険者が必要であると認めるとき。

ウ．被保険者が被保険者証を提出しないで保険医療機関又は特定承認保険医療機関について診療又は薬剤の支給を受けた場合において、被保険者証を提出しなかったことが、緊急その他やむを得ない理由によるものと認めるとき。

アについては、保険者、保険医療機関等の側の理由により、イについては、被保険者側の理由により事実上療養の給付を受けることが困難である場合をいう。

〈具体例〉

a．被保険者が通常利用しえる地域内に保険医療機関又は特定承認保険医療機関が無く、それ以外の医療機関で診療を受けた場合

b．保険医が傷病等で診断に従事できないため、保険医療機関又は特定承認保険医療機関でない医療機関で診療を受けた場合

c．慣行として療養費払が行われている治療用装具（コルセット等）、義眼、その性格上現物給付ができない生血輸血（保存血は現物給付）等の代金

d．柔道整復師の施術を受けた場合

e．医師の同意を得て、あんま、はり、きゅう、マッサージの施術を受けた場合

f．交通事故で負傷し、第三者により保険医療機関又は特定承認保険医療機関以外の医療機関にかつぎこまれた場合

g．旅行中に急病にかかり、保険医療機関又は特定承認保険医療機関がないため、それ以外の医療機関で治療を受けた場合

h．海外の病院等において療養等を受けた場合（Ｈ１３．１．１～）

注１．「緊急その他やむを得ない場合」とは、通常の場合において保険医を選定することが不能または、著しく困難と認められる状態をいう。

２．単に保険診療が不評との理由により好んで保険医以外について診療等を受けたときは、療養費は支給されない。

３．柔道整復師の施術については、柔道整復師団体と協定を結び、実質的には現物給付のかたちがとられている。脱臼または骨折の患部に対する施術は、応急手当の場合を除き医師の同意を必要とする。（柔道整復師法第１７条）

４．海外療養費は、保険診療の範囲内での給付になり、日本で保険適用とされていない臓器移植や不妊治療、性転換手術等については対象とならない。

ウについては、療養の給付を行うことが手続上困難な場合をいう。

〈具体例〉

a．旅行中に急病にかかり保険医療機関又は特定承認保険医療機関で受診したが被保険者証を所持していなかったため提出できなかった場合

b．被保険者資格を取得したが、被保険者証の交付を受けない間に保険医療機関又は特定承認保険医療機関で受診した場合

c．被保険者証の検認中で提出できなかった場合

d．法第１１７条の規定による特別区及び政令で指定する市における被保険者証の特例により、被保険者証の交付を受けるまでの３箇月間において保険医療機関又は特定承認保険医療機関で受診した場合

注１．資格を取得したが届出をしなかったために被保険者証が交付されていないものについては、届出をしなかったことについてやむを得ない理由があったかどうかを判断して個々の事情に応じて決定する。

７－３　支給手続

ア．被保険者の属する世帯の世帯主又は組合員は、療養費支給申請書を療養につき算定した費用の額に関する証拠書類を添付して保険者に提出し（規則第２７条）、保険者はそれを審査した後支給する。

イ．申請書記載事項

ａ．療養を受けた被保険者の氏名及びその者が退職被保険者等である場合はその旨

ｂ．診療等を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地

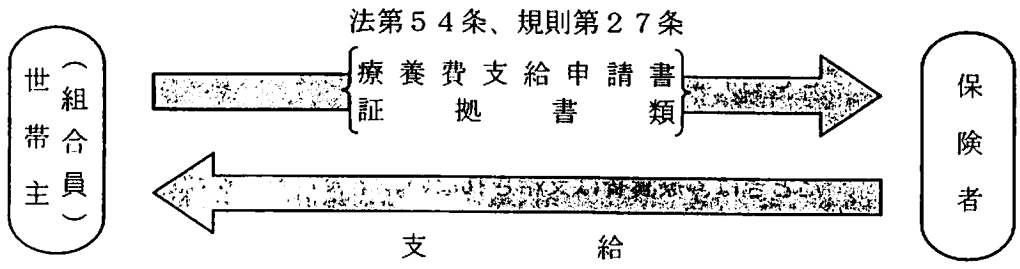
ｃ．診療等に従事した医師、歯科医師、又は薬剤師の氏名

ｄ．療養の給付、入院時食事療養費の支給、特定療養費の支給又は特別療養費の支給を受けられなかった理由

ｅ．傷病名及びその原因、発病又は負傷の年月日、傷病の経過、療養期間並びに療養内容

ｆ．療養につき算定した費用の額

ｇ．被保険者証の記号番号



海外療養費の申請時には通常の療養支給申請書のほかに、担当の医師等から治療内容やかかった金額等についての証明（医師の診療明細書及び領収明細書等）が必要となる。また、支給額の算定に用いる邦貨換算率は、その支給決定日の外国為替換算率（売レート）を用いる。（平成１２年１２月１３日保険発第２１５号厚生省保険局国民健康保険課長通知）

７－４　支給額

７－４－１　法第５４条第３項で定める額

$$\left(\begin{array}{c}\text{A}\\ \text{診療報酬点数表に}\\ \text{基づき算定した額}\end{array}\right) - \left(\text{A} \times \begin{array}{c}\text{一部負担}\\ \text{の割合}\end{array}\right) = \left(\begin{array}{c}\text{B}\\ \text{標準支給額}\end{array}\right)$$

注１．Ａの額は現に療養に要した費用の額を超えることができない。（法第５４条第４項ただし書）

C 被保険者が実際に 支払った額	＜	A ＝	Cに基づき支給する
C	＞	A ＝	Aに基づき支給する

7－4－2　診療報酬点数表に準拠できない施術等に関する算定方法

（ア）治療用装具

「身体障害者福祉法の規定に基づく補装具の種目、受託報酬の額等に関する基準」（昭和４８年６月厚生省告示１７１号）および「児童福祉法の規定に基づく補装具の種目、受託報酬の額等に関する基準」（昭和４８年６月厚生省告示１８７号）別表１「交付基準」中に定められた年齢階層別の装具の価格を基準として算定する。

国民健康保険においてはこれらの「交付基準」は、療養費の支給額を算定する場合の基準とするものであって、支給対象装具の範囲までも示したものではない。したがって、これらの「交付基準」に掲載されていない装具でも、健康保険の支給対象となる場合があり、一方掲載されている装具でも支給対象とならない場合もあるが、疾病又は負傷の治療遂行上必要な範囲のものについては、現に療養に要した費用の範囲内で支給することが認められている。

（イ）柔道整復師、あんま・マッサージ師、はり師及びきゅう師の施術

支給額は、算定基準（厚生省保険局長通知）に基づいて算定することになっている。

（ウ）生　血　代

薬価基準の保存血の価格等を参考にしながら、各都道府県ごとに一般に妥当と認められる価格を定めている。

8　特別療養費（法第５４条の３）

8－1　意　　義

昭和６１年１２月、老人保健法等の一部を改正する法律（昭和６１年法律第１０６号）によって国保法の一部が改正され、災害その他特別事情（令第１条の４）がないにもかかわらず保険料（税）を滞納している世帯主に対して被保険者証の返還を求めた上で、被保険者資格証明書（以下、「資格証明書」という。）を交付することができるようになった。また、平成１２年４月１日以降は・被保険者証の返還及び資格証明の交付が義務化された。

資格証明書が交付された場合、現物給付としての療養の給付等を行わず、保険医療機関等で受診した資格証明書の交付を受けている世帯主等は医療機関窓口で費用の全額を支払うこととなり、保険者は別途現物給付相当分を療養費（特別療養費）として償還払いする。

なお、被保険者証が交付されているとすれば法第５４条第１項の規定が適用される場合についても療養費を支給することができる。

８－２　支給される場合

（ア）資格証明書を提示して保険医療機関等において診療又は薬剤の支給を受けたとき。

（イ）被保険者証が交付されているとすれば法第５４条第１項の規定が適用される場合。

８－３　支給手続

療養費の支給手続と同様（規則第２７条）

８－４　支給額

療養費の支給額と同様（法第５４条第３項）

９　移送費（法第５４条の４）

９－１　意　　義

負傷、疾病等により移動が困難な患者が、医師の指示により、一時的、緊急的な必要性があって移送された場合に、経済的な補てんを行い、必要な医療を受けることを可能にするとの考え方による現金給付。

９－２　支給額（施行規則第２７条の９）

最も経済的な通常の経路及び方法により移送された場合の費用により算定した額。

９－３　支給要件（施行規則第２７条の１０）

保険者が次のいずれにも該当すると認めた場合

①　移送により法に基づく適切な療養を受けたこと。

②　移送の原因である疾病又は負傷により移動をすることが著しく困難であったこと。

③　緊急その他やむを得なかったこと。

９－４　支給手続（施行規則第２７条の１１）

世帯主又は組合員は、移送費支給申請書に、医師又は歯科医師の意見書及び移送に要した費用額を証する書類を添付し、保険者に提出しなければならない。

１０　高額療養費（法第５７条の２、令第２９条の２）

１０－１　意　　義

高額療養費制度は、被保険者の療養に要した費用が著しく高額であるときに、一部負担金として支払った額の一部を支給する制度である。医療費の過重負担を軽減し医療保険の機能を有効に働かせることを目的として昭和５０年１０月から法定給付として実施された。さらに昭和５９年１０月の法改正では、「療養に必要な費用の負担の家計に与える影響を考慮して」（法第５７条の２第２項）という見地から制度が拡充された。

また、平成１３年１月の法改正で、これまで低所得者を除き、所得の多寡に関わらず自己負担限度額が同一になっていたことを改め、上位所得者の区分を設けるとともに、医療費の多寡を自己負担額に反映させることになった。

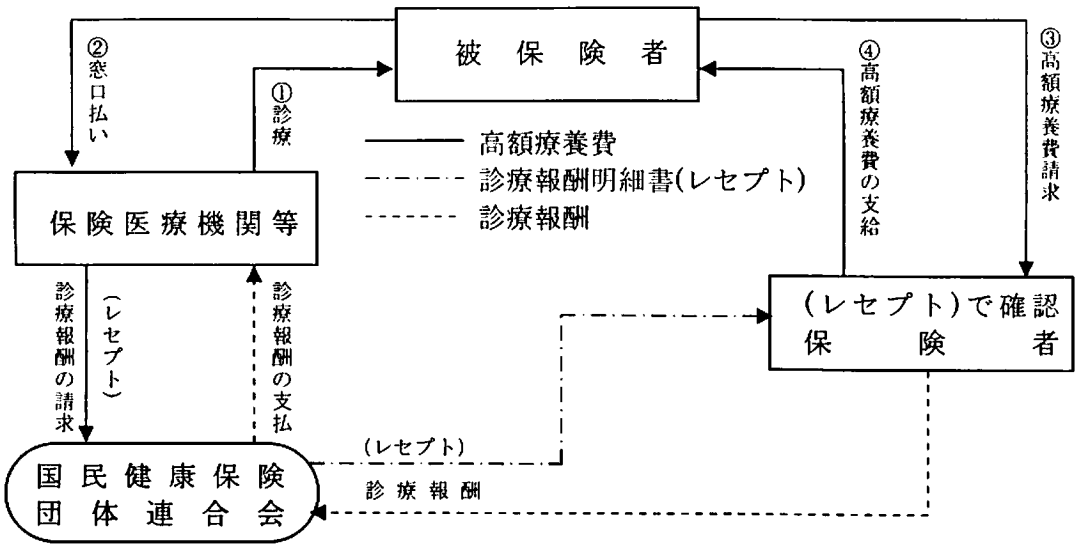
平成１４年１０月の法改正では、次の点について見直し等が行われた。

① ７０歳未満の人のうち、一般及び上位所得者の自己負担限度額の引き上げ

② ７０歳未満の人の世帯合算の合算対象基準額の引き下げと多数該当に係る自己負担限度額の引き下げ

③ 老人医療対象年齢の引き上げによる７０歳以上７５歳未満の被保険者（以下「高齢受給者」という）に対する自己負担限度額の新たな創設

１０－２ 高額療養費支給制度における事務の流れ



１０－３ 支給要件（令第２９条の２）

１０－３－１ 基本事項

同一の月に受けた療養に係る一部負担金等の自己負担額が合算対象基準額以上のものについて国保世帯単位で合算を行い、合算額から自己負担限度額（高額療養費算定基準額）を控除した額を高額療養費として支給する。

（ア）合算対象となる療養

高額療養費の支給の基礎となる一部負担金の額は、レセプト単位による額を合算した額であり、その合算対象基準額は対象年齢により次のとおりである。

① 高齢受給者の療養についてはすべてのレセプト

② ７０歳未満の被保険者については、一部負担金等が２１，０００円以上のレセプト

（イ）レセプトの作成単位

次の原則にたって作成されたレセプトを単位として合算を行う。

（昭和４８年１１月１７日保健発第１０２号厚生省保険局国民健康保険課長通知「国民健康保険による高額療養費支給事務の取り扱いについて」）

a．被保険者ごと

注 月の途中で一般被保険者から退職被保険者等になった場合は、それぞれ別の資格として扱うこと。

b．暦月ごと

c．同一の病院、診療所、薬局その他の者ごと

① 総合病院の入院患者が入院期間中に他の診療科で併せて診療を受けた場合には、各診療科のレセプトを編綴する等により１件のレセプトとして取り扱う。

② 同一病院または診療所であっても医科と歯科の療養は別となる。

③ 同一医療機関であっても、入院診療分と通院診療分は区別される。

④ 総合病院における診療科ごとの療養も別個とみなす。

⑤ 医療機関において薬剤の投与に代えて処方せんが交付された場合は、当該処方せんに基づく薬局での薬剤の支給は、処方せんを交付した医療機関における療養の一環とみなして取り扱う。

d．保険者ごと

１０－３－２　自己負担限度額（高額療養費算定基準額）（令第２９条の３）

高額療養費を算定する際は一部負担金等の合算額から控除する自己負担限度額（高額療養費算定基準額）は、対象年齢や所得区分によってその額が定められている。

また、一定期間に多数回にわたって医療費を負担している場合には軽減措置を講じている（以下「多数該当」という）。

（ア）高額医療費の自己負担限度額

区　分	高齢受給者		世帯全体（C）
	個人単位（外来のみ：A）	世帯単位（入院含む：B）	
一定以上所得者	40,200円	72,300円＋１％（40,200円）	上位所得者 139,800円＋１％（77,700円）
			一　般　72,300円＋１％（40,200円）
一　般	12,000円	42,000円	上位所得者 139,800円＋１％（77,700円）
			一　般　72,300円＋１％（40,200円）
低所得Ⅱ	8,000円	24,600円	低所得者　35,400円（24,600円）
低所得Ⅰ	8,000円	15,000円	

（　）内は多数該当の場合

（イ）医療費の１％について

平成１３年１月の法改正で、医療を受ける者とこれを支える者との公平を図る観点から、一定の医療費を超えた部分の１％に相当する額を自己負担限度額に加えることとなり、その内容は次のとおりである。

所得区分		～平成14年9月30日	平成14年10月1日～	平成15年4月1日～
70歳以上：一定以上所得者		－	361,500円	361,500円
70歳未満	上位所得者	609,000円	699,000円	466,000円
	一　般	318,000円	361,500円	241,000円

（例）７０歳未満被保険者Ａの単独世帯（所得区分：一般）における次の療養に係る自己

負担限度額

平成１５年８月３１日診療　費用額５０万円　一部負担金１５万円

７２，３００円＋（医療費－２４１，０００円）×１％

＝７２，３００円＋（５００，０００円－２４１，０００円）×１％

＝７４，８９０円　　自己負担限度額：７４，８９０円

注１　１％の算出で生じる１円未満の額については、四捨五入する。

注２　７０歳以上一定以上所得者の世帯については、医療費が２４１，０００円から３６１，５００円までの場合の自己負担限度額は７２，３００円となる

１０－３－３　高額療養費算定基準額（令第２９条の３）

（ア）基本事項

・高額療養費の自己負担限度額（高額療養費算定基準額）については所得等による区分が設けられており、療養のあった月の属する年の前年（当該療養のあった月が１～７月については前々年）の所得により、区分判定を行うこととなる。

・所得区分は、月の初日における世帯の状況により判定する。

（イ）７０歳以上の高齢受給者に係る所得区分

７０歳以上の国民健康保険の被保険者（以下「高齢受給者」という）については、一定以上所得者、一般、低所得Ⅱ、低所得Ⅰの区分に分かれており、その内容は次のとおりである。

a．一定以上所得者：一部負担金の負担割合の判定と同様

b．一般：一定以上所得者、低所得Ⅱ、低所得Ⅰのいずれにも該当しない場合

c．低所得Ⅱ：以下のア、イに該当する者すべてが、療養のあった月の属する年度の市町村民税非課税者または市町村民税が免除される場合（低所得Ⅰを除く）

①　市町村国保の場合

ア　高齢受給者の属する世帯の世帯主（擬制世帯主を含む）

イ　当該世帯に属する当該市町村国民健康保険の被保険者

②　組合国保の場合

ア　高齢受給者の属する世帯の組合員

イ　当該世帯に属する当該組合国民健康保険の被保険者

d．低所得Ⅰ：上記ア、イに該当する者すべてが市町村民税非課税または免除されている場合であって、かつ、判定基準所得（※）以下の世帯に属する高齢受給者が対象

※　判定基準所得

①　老人保険制度における判定基準所得に準じて設定

②　判定基準の考え方

・療養を受ける月の属する年度（療養を受ける月が４月から７月までの

場合にあっては、前年度）分の地方税法上の総所得金額及び山林所得金額に係る各種控除の金額並びに他の所得として区別して計算される所得の金額がない場合

・所得区分ごとに必要経費・控除額を差し引いたとき、各所得とも０円である場合

・損益通算、純損失・雑損失の繰越控除適用後の所得金額を用いる

・各所得を合計した後の各種控除は行わない

※各所得区分ごとに地方税法の規定に従った必要経費を差し引くのみ

※基礎控除、老齢者控除、配偶者控除等の所得控除は行わない

注　一部負担金の負担割合の判定基準所得と異なる点は次のとおり

（ア）各種控除、基礎控除を行わない

（イ）雑所得の公的年金等控除額は一律６５万円である（負担区分は最低補償額１４０万円）

③　所得不詳の場合

・所得不詳の世帯については、簡易申告を求め、所得の把握に努める

・申告がない場合は、低所得Ⅰに該当しないこととする

（ウ）国保世帯全体に係る所得区分

a．上位所得者：世帯に属する被保険者全員の所得金額（総所得金額－基礎控除額）の合算額が６７０万円を超える場合

b．一　　般：上位所得者、低所得者のいずれにも該当しない場合

c．低 所 得 者：以下のア、イに該当する者すべてが市町村民税非課税または市町村民税が免除される場合

①　市町村国保の場合

ア　被保険者の属する世帯の世帯主（擬制世帯主を含む）

イ　その世帯に属する当該市町村国民健康保険の被保険者

②　組合国保の場合

ア　被保険者の属する世帯の組合員

イ　その世帯に属する当該組合国民健康保険の被保険者

注１　世帯における被保険者の中で所得不詳の者がいる場合は、上位所得者の区分を適用する。（規則第２７条の１７第３項）

注２　従前どおり旧ただし書きにより判定するが、所得割額の算定方法の見直しにより、平成１４年１０月診療分から公的年金等特別控除を適用しなくなるなど、算定方法が変わることになる。

注３　生活保護適用世帯の全員に対して市町村民税を免除している市町村では次のとおり取り扱って差し支えない。（昭和５７年１０月２０日保険発７５号）

高額療養費の自己負担限度額が低所得非該当であれば生活保護を必要とし、低所得該当であれば生活保護を必要としない世帯について、被保険者の意思を確認の上で、低所得者に係る自己負担限度額を適用する。この場合には、福祉事務所長による「国保特例高額療養費該当」と記載された保護申請却下通知書（またはその写しに原本証明を行ったもの）が高額療養費申請書に添付されることが必要である。

１０－４　支　給　額

１０－４－１　同一世帯で複数の療養を受けた場合（世帯合算）（令第２９条の２第１～３項）

（ア）支給要件

ａ．高齢受給者についてはすべてのレセプト、７０歳未満被保険者については一部負担金相当額のうち２１，０００円以上のものを同一の世帯について合算した額が自己負担限度額を超えること。

ｂ．それぞれ同一月（暦月）であること。

ｃ．それぞれ一つの病院等で受けた療養（令第２９条の２第４～５項の規定中の療養を除く。）であること。

（イ）支　給　額

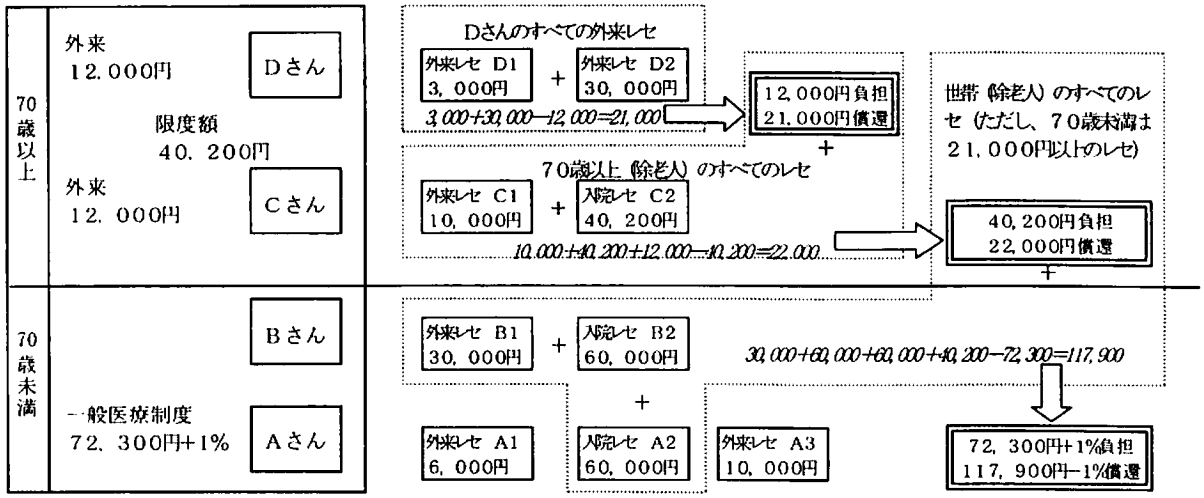
ａ．①→②→③の順で高額療養費の算定を行い、①②③の合計額を高額療養費としてその世帯に支給する。

①　高齢受給者の外来については、個人ごと（被保険者ごと）に一部負担金を合算した額と外来療養に係る高額療養費算定基準額（Ａ）の差額を支給。

②　各高齢受給者における入院分の一部負担金等と、外来分の一部負担金等（①で支給される高額療養費を控除した額）を世帯単位で合算した額と高額療養費算定基準額（Ｂ）の差額を支給。

③　７０歳未満被保険者の一部負担金等（合算対象基準以上のレセプトのみ）と高齢受給者の一部負担金等（②で支給される高額療養費を控除した額）を世帯全体で合算した額と世帯全体の高額療養費算定基準額（Ｃ）の差額を支給。

高額療養費の自己負担限度額の取扱いについて（一般世帯の場合）



b．自己負担限度額１％について

① 高齢受給者の一定以上所得者の高額療養費算定基準額（B）については、高齢受給者の医療費を対象とする。

② 国保世帯全体のうち、上位所得者及び一般の高額療養費算定基準額（C）については、高齢受給者を含む世帯全体の医療費（合算対象とされたもの）を対象とする。

c．高齢受給者の個々の入院での自己負担額が同一医療機関ごとにBの自己負担限度額を超えた場合には、超えた額が高額療養費として現物給付される。

（ウ）留意事項

（昭和５９年９月２８日保険発第７２号厚生省保険局国民健康保険課長通知）

a．請求遅延があった場合、請求があった時点で、診療日に遡り世帯合算を行う。

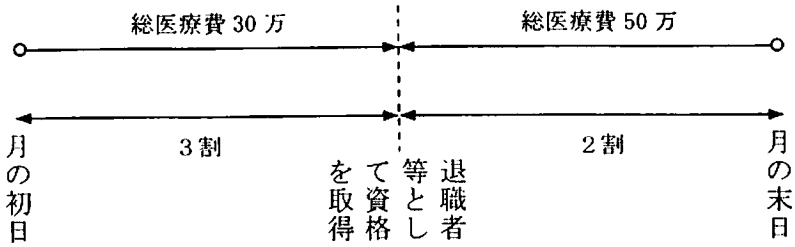
b．一般被保険者と退職被保険者との混合世帯における事業月報の取扱いは、それぞれの一部負担金相当額に応じて按分して処理すること。

c．按分した場合に端数が生じたときは、一般被保険者分について一円未満を切り上げること。

(エ) 事　　例（所得区分：一般）

例１．Ａ個人が月の途中で退職被保険者等となった場合

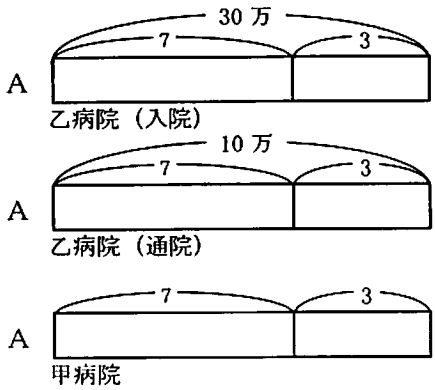
それぞれの一部負担金相当額が２１，０００円以上であれば、同一世帯内で複数の療養を受けた場合として取扱われる。



一般被保険者分　30 万×0.3＝９万円　｝合算の対象となる
退職被保険者分　50 万×0.2＝10 万円　｝一部負担金

支　給　額　（９万円＋10 万円）－（72,300 円＋（(30 万＋50 万）－241,000）×0.01）＝19 万円－77,890 円
＝112,110 円

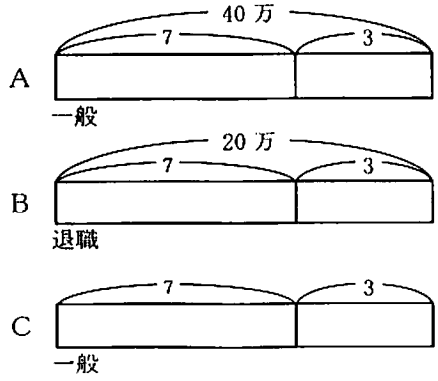
例２．Ａ個人が複数の療養を受けた場合



一部負担金相当額
９　万　円
〃
３　万　円
２　万　円
｝合算の対象となる一部負担金

支給額　（９万円＋３万円）－（72,300 円＋（(30 万＋10 万）－241,000 円）×0.01）
＝12 万円－73,890 円
＝46,110 円

例３．同一世帯の複数の人が療養を受けた場合



一部負担金相当額
12　万　円
〃
４　万　円
２　万　円
｝合算の対象となる一部負担金

支給額　（12 万円＋４万円）－（72,300 円＋（(40 万＋20 万）－241,000 円）×0.01）
＝16 万円－75,890 円
＝84,110 円

１０－４－２　世帯合算により支給した後、特例療養費が生じた場合（令第２９条の２第４項）

（ア）支給要件

ａ．退職被保険者が一般被保険者として２１，０００円以上の一部負担金相当額を支払ったこと。

ｂ．退職被保険者等になることにより、一部負担金相当額が２１，０００円未満になること。

ｃ．既に支給した高額療養費の額が、新たに支給される特例療養費相当額を超えること。

（イ）支　給　額

支給額は、既に支給した高額療養費から新たに支給される特例療養費相当額を控除した額。

（ウ）留意事項

ａ．当該退職被保険者の総医療費が７０，０００～１０５，０００円未満で発生する。

１０－４－３　保険優先の公費負担医療の場合（令第２９条の２第１項第２号、第２９条の３第５項）

（ア）支給要件

ａ．被保険者が原子爆弾被爆者の援護等に関する法律による一般疾病医療費のし泣訴の他厚生労働省令で定める医療に関する給付（規則第２７条の１３及び昭和５９年９月２８日厚生省告示第１５５号）が行われるべき療養（食事療養及び施行令第２９条の２第５項に規定する療養を除く）を受けた場合、次のとおり。

①　高齢受給者の場合　　：外来療養の場合は、一部負担金相当額が 12,000 円を超えること

入院療養の場合は、一部負担金相当額が 40,200 円を超えること

②　７０歳未満被保険者の場合：一部負担金相当額が 72,300 円＋（医療費－241,000 円）×１％を超えること

ｂ．世帯合算は行わない。（令第２９条の２第１項中の（　　）書）

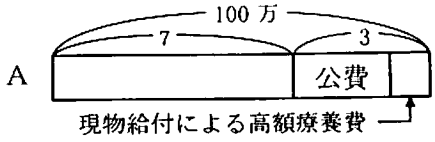
ｃ．多数該当の回数には含めない。（令第２９条の２第６項中の（　　）書）

（イ）支　給　額

一部負担金相当額から７２，３００円＋（医療費－３６１，５００円）×０．０１を控除した額（所得区分なし）

（ウ）事　　例（所得区分：一般）

○世帯合算のない場合



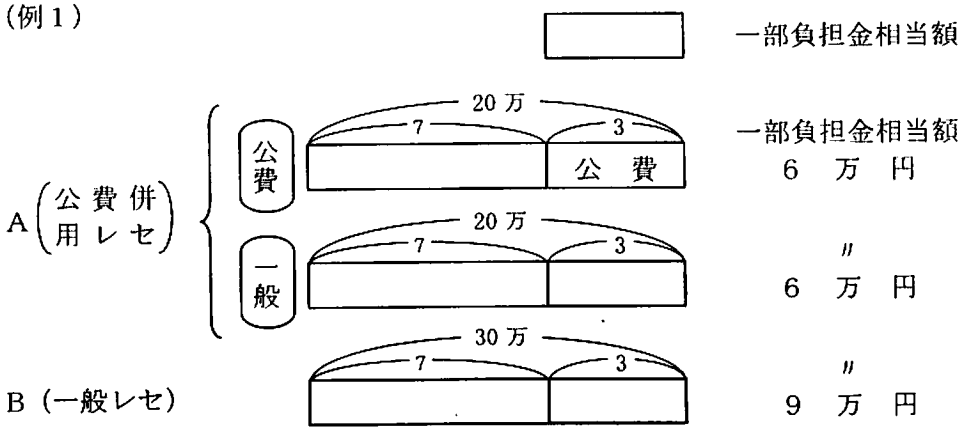
一部負担金相当額
30　万　円

現物給付による高額療養費　30万円－（72,300円＋（100万円－241,000円）×0.01）
＝220,110円

○公費併用レセプトに係る世帯合算

基本的には、公費負担医療が行われるべき療養とその他の療養を全く区別して考える。

（例1）



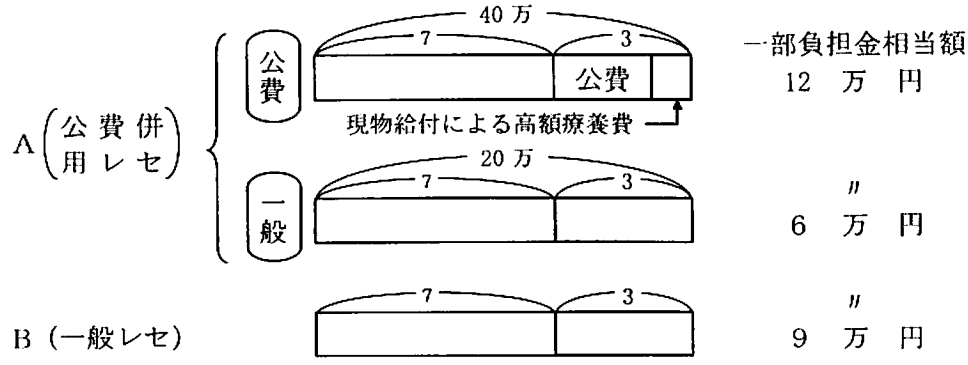
一部負担金相当額
6　万　円
〃
6　万　円
〃
9　万　円

現物給付による高額療養費　0

世帯合算による高額療養費　（60,000円＋90,000円）－（72,300円＋（(200,000円＋300,000円）－241,000円）×0.01）
＝150,000円－74,890円
＝75,110円

従って、この世帯が支給を受ける高額療養費の額は　0円＋75,110円＝75,110円

（例2）



一部負担金相当額
12　万　円
〃
6　万　円
〃
9　万　円

現物給付による高額療養費　120,000円－（72,300円＋（400,000円－241,000円）×0.01）＝120,000円－73,890円
＝46,110円

世帯合算による高額療養費　（60,000円＋90,000円）－（72,300円＋（(200,000円＋300,000円）－241,000円）×0.01）
＝150,000円－74,890円＝75,110円

従って、この世帯が支給を受ける高額療養費の額は　46,110円＋75,110円
＝121,220円

１０－４－４　保険優先の公費負担医療において費用徴収が行われた場合の世帯合算（令第２９条の２第１項第２号）

（ア）支給要件

ａ．１０－４－３（世帯合算）の支給要件と同じ

ｂ．保険優先の公費負担医療で一部費用徴収が行われること。

ｃ．当該費用徴収された療養に係る一部負担金相当額が２１，０００円以上であること。

（イ）支　給　額

費用徴収された額とその他一部負担金相当額との合算額から自己負担限度額を控除した額

（ウ）留意事項

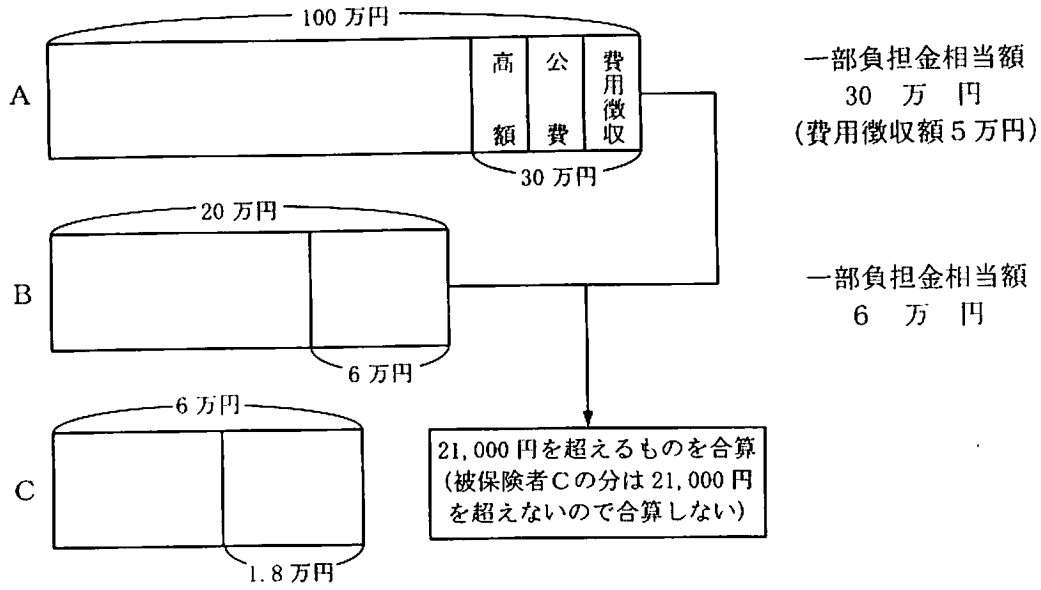
ａ．公費負担医療が二種類以上あり、かつ費用徴収がそれぞれ行われた場合でも合算の対象となる。

ｂ．令第２９条の２第５項の規定による疾病が公費負担医療の対象となり、費用徴収が行われた場合は合算の対象となる。（令第２９条の２第４項及び規則第２７条の１４）

ｃ．費用徴収の証明書は、請求により実施主体から発行される。

ｄ．合算の方法は、１０－４－３を参照のこと。

(エ) 事　　例（所得区分：一般）



支 給 額

令第２９条の２第３項の規定により

30 万円－（72,300 円＋（100 万円－241,000 円）×0.01）＝30 万円－79,890 円

＝220,110 円（現物給付）

令第２９条の２第４項の規定により

（５万円＋６万円）－（72,300 円＋（(100 万円＋20 万円）－241,000 円）×0.01）

＝11 万円－81,890 円

＝28,110 円（現金給付）

高額療養費の合計は 220,110 円＋28,110 円＝248,220 円

１０－４－５　特定疾病による高額療養費（令第２９条の２第５項）

（ア）支給要件

ａ．厚生労働大臣の定める疾病（健保令第４１条第６項）に係る療養を受けたとき。

厚生省告示第１５６号（昭和５９年９月２８日）

１．人工腎臓を実施している慢性腎不全

２．血しょう分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害

３．抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（ＨＩＶ感染を含み、厚生大臣の定める者に係るものに限る。）

ｂ．保険者の認定を受けた被保険者であること。

ｃ．同一月（暦月）であること。

ｄ．一つの病院等で療養を受けたとき。

ｅ．一部負担金相当額が１万円を超えるとき。

（イ）支　給　額

一部負担金相当額から１０，０００円を控除した額

（ウ）留意事項

a．この取扱いは（ア）のａの療養を受けた場合でありレセプト単位で行われるものであること。

b．一部負担金相当額が２１，０００円を超えるときは、１０，０００円を世帯合算対象とする。（昭和５９年９月２８日保険発第７２号）

c．公費負担医療の対象となる場合には、費用徴収がある場合に限り世帯合算の対象となる。（令２９条の２第４項及び規則２７条の１４）

d．保険者の認定は本人からの申請により行い、受療証の発効期日は申請のあった月の初日を記載する。ただし、新たに被保険者資格を取得した月に申請を行った者については当該資格を取得した日。（昭和５９年９月２８日保険発第７２号厚生省保険局国民健康保険課長通知）

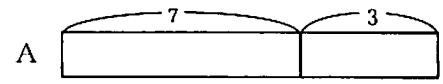
e．(長)のレセプトは、現物給付の場合にのみ記載され(長処)のレセプトは慢性腎不全に係る自己連続携行式腹膜灌流（ＣＡＰＤ）について医療機関が院外処方せんを交付した場合にのみ記載される。（昭和５９年９月２９日保険発第７３号）

f．多数該当の通算の対象とならない。（他の傷病に係る一部負担金を世帯合算された場合を除く。）（令第２９条の２第７項及び昭和５９年９月２８日保険発第７２号）

g．特定疾病についても、同一月、同一の医療機関について入院及び外来があった場合の自己負担額をそれぞれ別に計算することは、一般の場合と同様であること。（昭和５９年９月２９日保険発第７３号）

（エ）事　　例

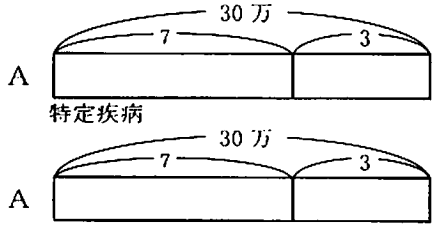
例１．



一部負担金相当額　９万円

支　給　額　　９万円－１万円＝８万円（現物給付）

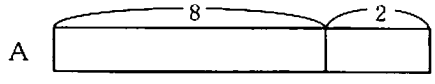
例２．世帯合算が行われる場合（所得区分：一般）



一部負担金相当額　９万円
（自己負担１万円）

一部負担金相当額　９万円

合算の対象となる一部負担金



一部負担金相当額　２万円

支　給　額

令第29条の２第５項の規定により　90,000円－10,000円＝80,000円（現物給付）

〃　　４項の規定により　10,000円＋90,000円－（72,300円＋（(30万円＋30万円）－241,000円）×0.01）

＝100,000円－75,890円

＝24,110円（現金給付）

高額療養費の合計は、　80,000円＋24,110円＝104,110円

１０－４－６　高額療養費多数該当世帯の場合（令第２９条の２第７項、第１０項）

（ア）支給要件

ａ．高額療養費の支給に係る療養のあった月が４回目あるいは４回目以降であること。（診療月ベース）

ｂ．回数の算定にあたっては、当該高額療養費に係る療養があった月を含みそれ以前の１２月以内であること。

ｃ．多数該当のカウントについては、高齢受給者の入院を含む世帯単位での該当と国保世帯全体の合算での該当の両方を対象とする。(同一月に両方で該当した場合は１か月とカウントする)

ｄ．高齢受給者の外来にかかる個人単位の限度額該当の回数は多数該当にあたらない。

（イ）支　給　額

一部負担金相当額又は一部負担金相当額の合算額から４０，２００円(上位所得者７７，７００円、低所得者２４，６００円）を控除した額

（ウ）留意事項

ａ．４回目あるいは４回目以降は、一部負担金相当額あるいは一部負担金相当額の合算額が４０，２００円（上位所得者７７，７００円、低所得者２４，６００円）を超えているかどうかを該当基準とする。

ｂ．４０，２００円を該当基準として支払った高額療養費も多数該当の通算の対象とする。

ｃ．回数は、保険者単位で通算するものであること。

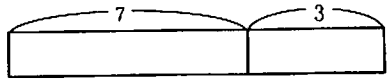
ｄ．多数該当の通算は、家計の同一性、世帯の連続性を考慮して行い新たに世帯に加わった者が、それ以前に受けた療養につき支給された高額療養費は通算されない。

ｅ．請求遅延があった場合には、請求の時点で診療月に遡って回数の通算を行う。この場合、既に支給済の高額療養費の回数が３回から４回に変更された場合、事業月報の扱いは、事実認定の行われた月の月報で調整する。

ｆ．合算の方法は、１０－３－２を参照のこと。

(エ) 事　　例（所得区分：一般）

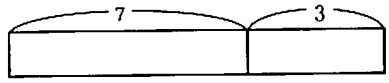
例１．



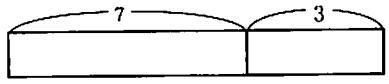
一部負担金相当額　60,000円

支　給　額　　(60,000円－40,200円) ＝19,800円

例２．



一部負担金相当額
60,000円



一部負担金相当額
40,000円

} 合算の対象となる一部負担金

支　給　額　　(60,000円＋40,000円) －40,200円＝59,800円

１０－５　その他の取扱い

ア．歯科及びそれ以外の診療科、総合病院における各診療科はそれぞれ別の医療機関とみなし、同一医療機関について受けた入院に係る療養及び入院外に係る療養は別個の医療機関について受けたものとみなす。（令第２９条の２第１５項、第１６項）

イ．高額療養費の支給の基礎となる一部負担金の額は、レセプト単位とするものである。

（イ）総合病院の入院患者が入院期間中に、他診療科で併せて診療を受けた場合には、各診療科のレセプトを編綴する等により一件のレセプトとして取扱うこととされているところであるが、高額療養費制度の実施に伴い、その徹底方を医療機関に対し指導されたいこと。

（ロ）当面、申請書の申立その他により総合病院の入院患者が入院期間中に、他診療科の診療を受けた場合で、それが一件のレセプトとして取扱われていない疑いがあるときは、関係医療機関に照会する等被保険者の不利益とならないよう配慮すること。

（ハ）医療機関において薬剤の投与に代えて処方せんが交付された場合は、当該処方せんに基づく薬局での薬剤の支給は、処方せんを交付した医療機関における療養の一環とみなして取扱うよう配慮されたいこと。この場合、その薬剤の支給を行った薬局において領収書が発行されているときは、これに基づき支給してさしつかえないこと。

（昭和４８年１１月１７日　保険発第１０２号「国民健康保険による高額療養費支給事務の取扱いについて」）

ウ．高額療養費の貸付制度については、保健事業（法第８２条第２項）の中で読みとる。（昭和６０年１月２３日保険発第６号厚生省保険局国民健康保険課長通知）

１１　特別療養給付（継続給付）（法第５５条）

１１－１　意　　義

被保険者の資格を喪失した者に対して、保険料の徴収を行わないで保険給付のみを行うことを継続給付というが、国保法においては、現に療養の給付等を受けている国保被保険者が健康保険日雇特例被保険者又はその被扶養者となった場合、一定期間当該傷病について従前と同じ国保の給付を継続して行うことができると定めている（法第５５条）。

この場合、国保の継続給付は、日雇健保の特別療養費の支給又は老人保健法の規定による医療を受けることができる間は行われない（法第５５条第３項）。

健康保険法第５章の規定においてはその対象者が日雇労働という特殊な就労形態にあるため、厳密にいえば就労した日ごとに日々被保険者資格の取得喪失がくり返されるものであり、保険料は就労日ごとに被保険者手帳に印紙を貼付する方法によって納付するという制度になっている。

受給要件はこの印紙の貼付状況によって定まることになっており、療養の給付を受けるには当該傷病について、はじめて給付を受ける日の属する月の前２箇月間に通算して２６日分以上又はその月の前６箇月間に通算して７８日分以上の印紙が貼付されていなければならない（健保法第１２９条第２項）。

従って日雇労働者とその被扶養者はこの受給要件を満たすまでの間、日雇健保からの療養の給付を受けることができず、これらの者に対しては制度上医療保障がないことになる。このような医療保障上の間隙の発生を避けるため、国保被保険者資格を喪失した場合でも、その際現に国保の給付を受けていた者には日雇健保の給付を受けることができるまでの期間、当該同一傷病について当該保険者から継続して国保の療養の給付を受けることができるとしたものである。

１１－２　概　　要

１１－２－１　受給要件

被保険者が日雇特例被保険者となり、国保被保険者資格を喪失した場合において、その際現に療養の給付、特定療養費の支給若しくは老人保健法の規定による医療又は介護保険法の規定によるサービス（療養に相当するものに限る。）を受けていたとき。

１１－２－２　保　険　者

継続給付を行う責任を負うのは、資格喪失の際現に療養の給付を行っていた保険者である。資格喪失後、被保険者が他の市町村に住所を移しても移転前の保険者が給付を行う。

１１－２－３　給付の打切り（法第５５条第２項）

次の場合には継続給付を打切る。

（ア）健康保険法又は老人保健法における受給資格が発生したとき。

（イ）その者が法６条の適用除外事由（７号を除く。）のいずれかに該当するに至ったとき。

（ウ）その者が他の市町村又は国保組合の被保険者となったとき。

（エ）健保の日雇特例被保険者又は被扶養者となった日から起算して６箇月を経過したとき。

注１．健保の日雇特例被保険者となった者は、多くの場合６箇月を経過すれば受給要件を満

たすに至るものと考えられる（健保法第１２９条第２項）ので、それ以後は継続給付は行わない。

１１－２－４　給付の停止（法第５５条第３項）

（ア）健保の特別療養費の支給を受ける間

注１．特別療養費とは、はじめて被保険者手帳の交付を受けたときなどに適用され７割の医療給付を行う制度である。支給期間は、被保険者手帳の交付を受けた日の初日から３箇月間（月の初日に交付を受けたときは２箇月間）とされている。（健保法第１４５条）

（イ）老人保健法の規定による医療を受けることができる間

１１－２－５　給付の調整（法第５５条第４項）

介護保険法の規定により療養給付等の国保の給付に相当する給付を受けることができる場合には、国保の支給は行わない。

１１－２－６　申請及び受給

（ア）国保被保険者資格喪失後、引き続き給付を受けようとする者は資格喪失後１０日以内に申請書を保険者に提出する。（規則第２８条第１項）

（イ）特別療養証明書（規則第２８条第２項）が世帯主又は組合員に交付されるので、給付を受けようとする者はこの証明書を保険医療機関等に提出して受診する。（規則第２８条第３項）

（ウ）前記１１－２－３によって給付が打切られたときは、特別療養証明書を遅滞なく保険者に返還する。（規則第２８条第４項）

１２　その他の給付（法第５８条）

１２－１　出産及び死亡に関する給付（法第５８条１項）

条例又は規約の定めるところにより、出産育児一時金の支給又は葬祭費の支給もしくは葬祭の給付を行う。

（ア）出産育児一時金　妊娠８５日以上の出産で、生産、死産、人工流産等の別なく、また妊娠の原因のいかんを問わず給付対象となる。

（イ）葬　祭　費　葬祭とはいわゆる葬式のことであり、葬祭を行う者に対して支給される。

１２－２　任意給付（法第５８条２項）

条例又は規約の定めるところにより、傷病手当金の支給その他の保険給付を行うことができる。

１３　他法との給付調整（法第５６条）

１３－１　意　　義

被保険者の疾病又は負傷に関しては、他の法令すなわち医療保険各法、災害補償関係各法、政令で定める法令の規定により医療に関する給付を受けることができるとき、又は国若しくは地方公共団体の負担において医療に関する給付が行われたときは、その限度において療養の給付又は入院時食事療養費、特定療養費、訪問看護療養費、特別療養費もしくは移送費の支給は行わない（法第５６条第１項）。ただし他の法令による医療の給付に関する給付の内容が国保の給付内容に及ばないときはその差額を国保で支給することとしている（同条第２項）。

この規定は、同一の傷病につき国保法の療養の給付等の支給に相当する医療給付を他の法令の規定により受けることができるとき又は受けたときは、国保から重ねて給付を行う必要が認められないことから設けられたものである。

１３－２　概　　要

他の法令と国保との調整は、その法令による給付の種類に応じて次の４群に分けられる。

１３－２－１　被用者保険各法との調整

（ア）国保の給付と被用者保険の給付が競合するとき、すなわち

ａ．被用者保険の資格喪失後に継続療養給付の受給資格を有する場合

ｂ．国保における資格喪失日が被用者保険の適用を受けるに至った日の翌日となっていることに伴い生じる１日の資格重複の場合には当該疾病又は負傷につき国保の療養の給付または特定療養費の支給は行われない。

この場合は被用者保険による医療の給付を権利として受給できるものであるから、現実にその給付が行われたかどうかにかかわりなく国保による療養の給付は行わず、また被保険者がいずれかの給付を選択することも認められていない。

（イ）被用者保険各法

被用者保険各法とは次の法律をいう。

健康保険法、船員保険法、防衛庁職員給与法、国家公務員共済組合法、地方公務員等共済組合法、私立学校教職員共済組合法

１３－２－２　介護保険法との調整

被保険者が介護保険法の規定によって国保の給付に相当する給付を受けることができる場合には、国保の給付は行わない。

１３－２－３　災害補償関係各法との調整

（ア）労働者災害補償保険法その他の災害補償関係各法の規定による療養補償等は、その傷病が業務上又はこれに準ずる理由により発した場合にその発病、受傷の原因に着目して行われるものであって、受給の際のその者の身分関係を問うものではないから、その者が発病又は受傷の後に国保の被保険者となってもその給付は打切られるものではなく、またその者がはじめから国保被保険者である場合もあり得る。したがって差額支給に該当する場合

を除き国保の療養の給付等の支給は行われない。

（イ）災害補償関係各法

災害補償関係各法とは次の法律をいう。

労働基準法、労働者災害補償保険法、防衛庁職員給与法、裁判所職員臨時措置法、国家公務員災害補償法、地方公務員災害補償法、国民健康保険法施行令第２９条で定める法令

１３－２－４　国又は地方公共団体の負担において行われる医療に関する給付との調整

被保険者の傷病について、被用者保険各法あるいは災害補償関係各法以外の法令により国又は地方公共団体の負担において医療に関する給付が行われるときは、差額支給に該当する場合を別にして、国保の給付は行わない。これらの法令による給付は一般に公衆衛生、社会福祉の見地から行われるものであって受給者が権利として給付を請求できるものではない。従って、これらの法令による給付が現実に行われた場合に限って国保との調整がなされることになる。

2．国民健康保険制度の改正状況について（抜粋）

1　国民健康保険制度に関連した主な事項

昭和１３年４月１日　国民健康保険法（法律第６０号―７．１施行）が制定された。

昭和２１年４月１日　事務費、保健婦設置費及び直営診療施設設置費に対する国庫補助制度が創設された。

昭和２３年６月３０日　国民健康保険法第３次改正（法律第７０号―７．１施行）

太平洋戦争後の一般社会情勢の変化、経済界の変動に伴って多くの組合は事業運営が困難となり、事業を休廃止するもの、あるいは事業内容を縮小するものが続出し、国民健康保険はまさに崩壊にひんしていた。この現状にかんがみ政府はこの制度の整備刷新を図るため、市町村公営の原則の確立、療養担当制度の採用その他その内容においては制度の性格の改変にもひとしい改正をした。

昭和２５年３月３１日　国民健康保険法第４次改正

社会保険審議会、社会保険医療協議会、社会保険審査官及び社会保険審査会の設置に関する法律（法律第４７号―４．１施行）の附則により改正された。この改正により、国民健康保険の診療報酬は厚生大臣の定める標準額を基準とすることとなった。

昭和２６年３月３０日　国民保険法第５次改正

国民健康保険の診療報酬を適正ならしめるため、各都道府県診療報酬審議会を設置し、特別の事由がある市がその一部の区域に限って国民健康保険を行い得る道を開き、国民健康保険税の創設に伴い保険料に関する規定を整理すること等を主眼として改正された。

昭和２６年３月３１日　地方税法改正（法律第９０号―公布日施行昭和２６年度分地方税からの適用）により国民健康保険税が創設された。

昭和２８年４月１日　昭和２８年度予算に療養給付費の２割に相当する助成交付金が計上され、療養給付費負担金実現の端緒となった。

昭和３３年１２月２７日　国民健康保険法（法律第１９２号―３４．１．１施行）が制定され、国民皆保険体制を整備するため、国民健康保険法（昭和１３年法律第６０号）の全文が改正された。

昭和３８年３月３１日　国民健康保険法第９次改正（法律第６２号―３８．４．１施行。ただし、世帯主の７割給付に関する部分については３８．１０．１施行）

１．生活保護法による保護を受けている世帯に属する者をその保護を受け始めたときから（従来はその保護は廃止されることなく政令で定める期間（３ヵ月）を経過してから）国民健康保険の被保険者としないこととした。

2．療養の給付期間についての制限を撤廃した。（ただし、昭和４０年３月３１日までは経過措置として給付期間制限を行うことが認められている。）

3．世帯主（準世帯主を含む。）の全疾病についての一部負担金の割合を１０分の３に引下げた。

4．療養の給付の範囲の一部について給付を制限することが認められる期間を昭和４０年３月３１日までとした。

5．世帯主の７割給付の実施等に伴い、調整交付金の総額を市町村の療養の給付及び療養費の支給に要する費用の見込額の１００分の５を１００分の１０に引上げた。（ただし、昭和３８年は１００分の８．８）

昭和４１年６月６日　国民健康保険法第１３次改正（法律第７９号―４１．６．６施行、ただし、世帯員の７割給付に関する部分については４３．１．１施行）

1．世帯員の一部負担金の割合を１０分の３に引下げた。

2．療養給付費負担金の負担率を１００分の２５から１００分の４０に引上げた。（なお、これについては世帯員７割給付４ヵ年計画の進行に合わせた経過規定が置かれた。）

3．調整交付金の総額を市町村の療養の給付及び療養費の支給に要する費用の見込額の１００分の５とした。

4．保険料の滞納処分に関する規定を整備した。

昭和４８年１月１日　老人福祉法の一部改正（法律第９６号―４８．１．１施行）により、国の老人医療費支給制度が実施された。

昭和５０年１０月１日　高額療養費が法定給付として実施された。

昭和５３年４月１日　国民健康保険保健婦が市町村へ移管された。

昭和５５年４月１日　神奈川県川崎市が、診療報酬の審査事務を連合会に委託することとした。（これにより、全保険者が審査支払を委託することとなった。）

昭和５６年１２月２１日　厚生・大蔵・自治３大臣が、昭和５７年度においては地方負担は導入せず、療養給付費補助金等について１１ヵ月分の所要額を計上することとし、今後速やかに国民健康保険制度のあり方を検討することについて合意した。

昭和５７年８月１７日　老人保健法（法律第８０号―５８．２．１施行）成立。国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るため、疾病の予防、治療、機能訓練等の保健事業を総合的に実施するものである。

昭和５９年１０月１日　健康保険法等の一部を改正する法律（退職者医療制度の創設、国庫補助制度の見直しなどを内容とする国民健康保険法の改正を含む。）が施行された。

昭和６１年３月７日　　国民健康保険法施行規則改正（厚生省令第６号―６１．４．１施行）被保険者の要件から、国籍要件を撤廃し、日本に居住する全外国人を国保の対象者とした。

昭和６１年１２月２２日　　国民健康保険法第２５次改正

老人保健法等の一部を改正する法律（法律第１０６号―６２．１．１施行）により、保険者は、災害等の特別の事情がなく保険料（税）を滞納している者に対する保険給付を一部制限することができることとなった。

昭和６３年度以降の制度改正については、次の「昭和６３年度以降の制度改正」の中で述べることとする。

２　昭和６３年度以降の制度改正

２－１　昭和６３年度制度改正の概要

ア　趣　　旨

国民健康保険制度は、国民皆保険体制の基盤となる制度として重要な役割を果たしているが、㋐高齢者の加入割合が他制度に比べきわめて高い、㋑保険料負担能力の低い低所得者の加入割合が高い、㋒医療費や所得水準の地域差により保険者間の負担の不均衡が大きい等、構造的問題を抱えている。

これらの問題のうち、高齢者の加入割合が高いことに伴う医療費負担の増大についての問題は、老人保健制度の創設・改革、退職者医療制度の創設により大幅な改善が図られてきた。

そこで、残された保険料負担能力の低い被保険者の加入割合が高いという問題や、医療費等の地域差問題等に対し、国、市町村に加え新たに都道府県も参画し、国と地方が一体となってとりくむ仕組みをつくることにより、国民健康保険事業の運営の安定化を図ることを目的として国民健康保険法改正が行われた。

イ　内　　容

事業名	事業内容		備考
	改正前	改正後	
① 高医療費市町村における運営の安定化（恒久措置）	な　し	○ 地域差指数1.17倍を超える高医療費市町村を国が指定（法第68条の２） ○ 指定市町村は、国の指針に基づき安定化計画を策定（法第68条の２） ○ 実施計画を踏まえ、地域差指数1.2倍を超える市町村について、著しく高い一定部分の医療費の1／2を公費負担（法第72条の２） ○ 負担割合 国、県、市町村　各1／6	本県市町村該当なし （全国） 指定市町村数 平成元年度： 146団体 平成２年度： 130団体 平成３年度： 122団体 平成４年度： 118団体
② 保険基盤安定制度（63．元年度の暫定措置）	低所得者に対する保険料軽減額の8／10を保険料軽減費交付金（特別調整交付金）として国庫負担	○ 保険料軽減額全額公費負担（法附則第11項～第13項） ・負担割合国1／2　県1／4 市町村1／4 ○ 国庫負担金（4／10）は療養給付費から保険料軽減額を控除して算定（法附則第14項及び15項）	
③ 高額医療費共同事業の強化・充実（63．元年度の暫定措置）	高額医療費の発生による国保財政の不安定性を緩和するため県内市町村の拠出金を財源として、高額医療費共同事業を実施 実施主体　神奈川県国民健康保険団体連合会 交付基準額　１件当たり100万円 交付対象額　100万円を超えた額の60% 交付率　交付対象額×70%	○ 従来実施している高額医療費共同事業に対し、県が補助することにより交付基準額、交付率を見直し、同事業の強化・拡大を図る。（法附則第19項） 交付基準額　１件当たり80万円を目途 交付対象額　80万円（目途）を超えた額の60% 交付率　交付対象額×80%を目途に70%～90% ○ 具体的内容は、県、連合会、市町村の三者協議	

事業名	事業内容		備考
	改正前	改正後	
④ 老人保健拠出金に係る国庫負担の見直し（63.元年度の暫定措置）	老人保健拠出金は、老人保健法により老人医療費の70%を各医療保険保険者が共同で拠出している。このうち国保会計が負担する拠出金に対する国庫負担率 （全国ベース 56.2% 本県ベース 44.9%）	○ 国庫負担率の引下げ （法附則第14項及び第15項） 全国ベース 52.5% 実質△ 3.7% 本県ベース 4.2% 実質△ 2.9%	
（地方財政への配慮）		○ 制度改正に伴う新たな地方負担（690億円）全額補（イ） ・交付団体（550億円）地方交付税の特例加算 ・不交付団体（140億円）調整債	

２－２ 平成２年度制度改正の概要

ア 趣 旨

趣旨は、昭和６３年改正と大きく変わるところはないが、昭和６３年改正事項の多くが昭和６３年度、平成元年度、２年間の暫定措置とされており、将来に向けて運営の安定化を図るための制度の確立が必要とされた。

そこで、今回の制度改正は、社会保障制度審議会の意見等を踏まえ、国民健康保険が構造的に抱えている低所得者層問題について、昭和６３年改正で新たに取り入れた保険基盤安定制度を確立、恒久化するとともに、国庫負担の増額分を財政調整交付金に重点的に配分することにより、もう一つの構造的な問題であるところの市町村の財政力較差（地域差問題）の調整を図り、ひいては制度の安定化を目的として行われたものである。

イ　内　　容

事業名				事業内容 改正前	事業内容 改正後	備考
① 保険基盤安定制度の確立				○ 保険料（税）軽減額全額公費負担制度の創設（63. 元年度暫定措置） ・負担割合　国1／2　県1／4 市町村1／4 （旧法附則第11項～第13項）	○ 低所得者層に関する保険料軽減分を公費で補（イ）する保険基盤安定制度を確立、恒久化する。 （法第72条の２）	
② 国庫助成の拡充	療養給付費等負担（補助）金	療養給付費に対する国庫負担の増額		○ 療養の給付費等保険者負担分からの①の保険基盤安定繰入金相当額を控除した額の40／100 （旧法附則第14項～第15項）	○ 療養の給付費等保険者負担分から①の保険基盤安定繰入金の1／2相当額を控除した額の40／100 （法第70条第１項第１号）	別図1参照
		老人保健医療費拠出金に対する国庫負担の合理化	市町村	○ 老人保健医療費拠出金Ⓐ〔Ⓐ＋｛(Ⓐ×$\frac{10}{7}$×保険者負担割合）－Ⓐ｝×$\frac{4}{10}$〕の$\frac{40}{100}$ （旧法附則第14項～第15項）	○ 老人保健医療費拠出金について加入者按分率が100％に引き上げられたことにより ○〔老人保健医療費拠出金〕の$\frac{40}{100}$ （法第70条第１項第２号）	
			組合	○ 老人保健医療費拠出金Ⓐ〔Ⓐ×$\frac{10}{7}$×保険者負担割合〕の$\frac{32}{100}$ （旧法第73条第１項第２号）	○〔老人保健医療費拠出金〕の$\frac{32}{100}$ （法第７３条第１項第２号）	
	財政調整機能の強化			○ 調整交付金総額療給負担金対象費用額×$\frac{10}{100}$ （旧法第72条第２項）	○ 国庫助成増額分について調整交付金に重点的に配分 ・調整交付金総額 （療給負担金対象費用額×$\frac{10}{100}$と①の保険基盤安定繰入金の1／4相当額との合算額） （法第72条第２項）	

事業名	事業内容		備考
	改正前	改正後	
③ 高額医療費共同事業の助成	○ 同事業に対し、国は事務費に、都道府県は本事業について助成。 具体的な内容については、県、国保連合会、市町村の三者で協議 〔本県の場合の協議結果〕 ①交付基準額：一牛当たり月額80万円 ②交付対象額：80万円を超えた額の60% ③交付率：交付対象額×70% ④本県の負担：拡充した部分のみを県が負担 (80万円を超え100万円未満) (旧法附則第19項)	○ 都道府県の助成措置を継続し3年後に見直す。 (法第75条)	別図2参照
④ その他関係規定の整備	・ 低所得者に対する保険料軽減措置が確立されたが、軽減の基礎となる標準保険料を定める規定がない。 ・ 保険料平準化が今後大きな課題となっており、保険料の徴収基準を国保法体系の中に持つべき。 との要請から、平成3年度実施を目途に保険料の賦課、徴収に関する事項について政令により基準が示されることとなった。(法第81条)		

(法第７２条第２項)

〔別図１〕

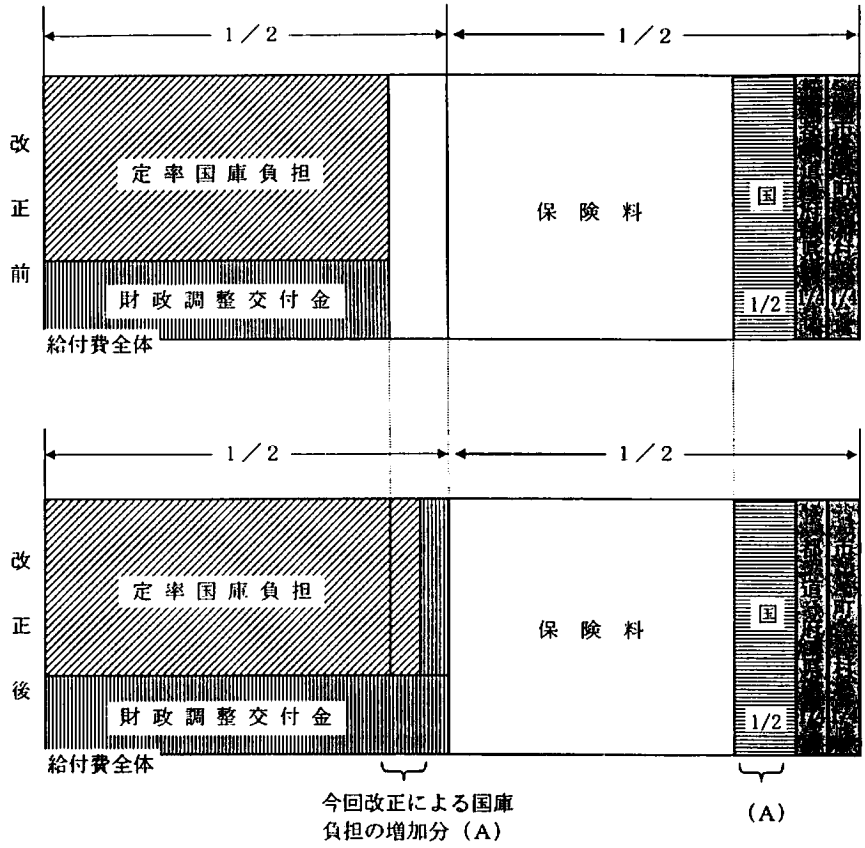
(主な改正点)

① 保険基盤安定制度については、保険給付費に対する１／２国庫負担とは別に、国が同制度の１／２を負担する。

② ①による国庫負担の増額分については、財政調整機能の強化を図る観点から、財政調整交付金に重点的に配分される仕組みとする。なお、定率国庫負担も増額される。

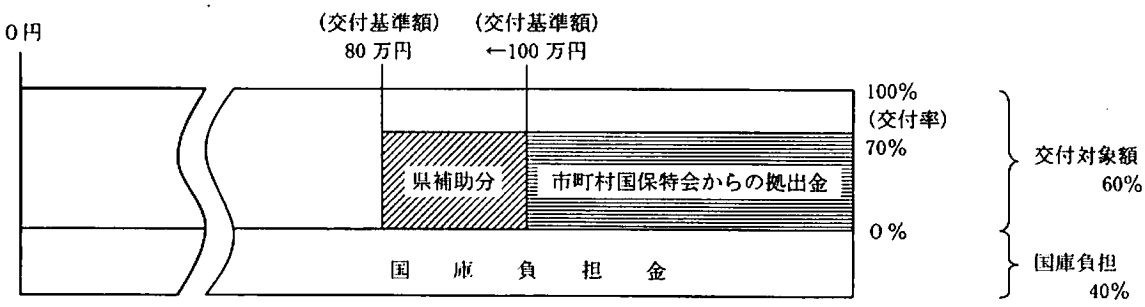
①による国庫負担増額分の６割（Ａ×０．６）→財政調整交付金

①による国庫負担増額分の４割（Ａ×０．４）→定率国庫負担



〔別図２〕

○　高額医療費共同事業の強化・充実



2－3　平成４年度制度改正の概要

ア　趣　　旨

平成４年度においては、国と地方の財源調整の一環として、職員給与費の一般財源化等の一連の市町村国民健康保険事業対策が実施された。

イ　内　　容

事業名	事業内容		備考
	改正前	改正後	
①　職員給与費の一般財源化	○　通例事務の執行に要する費用について、事務費負担金の対象とする。 （旧算定政令第１条）	○　「地方公共団体の事務とし同化・定着しているものは一般財源化する。」との協調の答申を踏まえ、市町村の事務費負担金のうち人件費相当額を一般財源化し、地方交付税の基準財政需要額に計上。 なお、組合については、従来どおり。 （算定政令第１条） また、この措置に伴い、保険料賦課額の算定基準が改められた。 （施行令第29条の５）	
②　助産費補助金の一般財源化と補助基準の引き上げ	○　補助基準額13万円の３分の１について補助。	○　政管健保の分娩費の最低保障額を基準として補助基準額を２４万円に引き上げ。 ○　市町村に係る助産費補助金を一般財源化し、24万円の３分の２を地方交付税の基準財政需要額に計上。 なお、組合については支給額に応じた一定額を助産費補助金として補助。	
③　国保財政安定化支援事業の創設	な　　し	○　国保財政の健全化及び保険料負担の平準化に資するため、保険者の責めに帰することのできない次の２つの理由により一般会計から国保特別会計に繰り出している経費について、新たに地方交付税の基準財政需要額に計上。 ①　低所得者が多いことによる応能保険料負担能力不足 ②　病床数過剰による医療費増嵩	＊本県においては、①のみ該当
④　国民健康保険特別対策費補助金の創設	な　　し	○　職員給与費等の一般財源化に際して、国保事業の運営に支障のないよう、十分な配慮を行うものとして創設。	

2－4　平成５年度制度改正の概要

ア　趣　　旨

平成５年度においては、国の厳しい財政状況のなかで、極めて厳しい状況にある国保財政の現状に鑑み、国保財政の安定化と保険料の平準化を図るために当面緊急に必要な改正が行われた。

イ　内　　容

事業名	事業内容		備考
	改正前	改正後	
①　国保財政安定化支援事業の拡充・制度化	○　繰入理由は、 ①　低所得者が多いことによる応能保険料負担能力不足 ②　病床数過剰による医療費の増嵩 の２つで、事業費1,000億円 ○　本事業に係る繰入の根拠は、法第75条のほか特になし。	○　国保財政の安定化と保険料負担の軽減・平準化を図るため、４年度1,000億円を、５年度1,250億円に拡充し、地方財政計画に計上。 増額分は、改正前の①、②に加え、③　高齢者が多いことによる給付金の増嵩分に係る繰入に充てる。 ○　平成５年度、６年度限りの暫定措置として、国保上繰入れの根拠を置く。 （法附則第１２項）	
②　保険基盤安定制度に係る国庫負担の定額化	○　負担割合 国　　1／2 県　　1／4 市町村　1／4	○　負担割合 国　　100億円（定額） 県　　1／4 市町村　国、県以外の分 ○　縮減される460億円については、地方財政措置を講ずる。 ○　平成５年度６年度限りの暫定措置とする。 （法附則第13項）	
③　国保特別対策費補助金の拡充	○　保険料（税）収納率向上及び医療費適正化に資する特別対策事業に100億円を補助。	○　保健施設事業の一層の充実、弱小保険者・小規模保険者対策の強化等を図るため、４年度100億円を５年度180億円に拡充。 ○　補助対象事業に ①　特別総合保健施設事業 ②　特別対策事業の指導充実対策事業（都道府県対象） の２つを追加。	
④　国保特別対策基金の設置	な　　し	○　医療費適正化対策の一層の強化、国保医療費の地域格差是正等を図るため、国民健康保険中央会に50億円で基金を設置し、その運用益で事業を実施する。	

事業名	事業内容		備考
	改正前	改正後	
⑤ 老人加入率20%超保険者に対する財政支援措置の実施	○ 増嵩部分に係る保険料負担部分の３分の１を特別調整交付金で措置。	○ 老人加入率の上限措置により老人保健拠出金の増が生じている市町村国保に対し、暫定的に特別調整交付金により、増嵩部分に係る保険料負担部分に係る保険料負担部分の２分の１を補（イ）する。 （調整交付金算定省令附則第16項）	
⑥ 高額医療費共同事業の暫定	○ ①交付基準額：１件当たり月額80万円 ②交付対象額：80万円を超えた額の60% ③交付率：交付対象額×70% ④本県の負担：拡充した部分のみを県が負担 （80万円を超え100万円以下）	○ 現行の都道府県の助成制度をさらに２年間継続する。 また、国の事務費支援措置も継続する。	
⑦ 職員給与費の範囲の見直し	○ ４年度事務費一般財源化により、従前の事務費負担金の対象の中から人件費部分は対象外とされた。	○ 事務費一般財源化の趣旨の徹底を図り、より一層の事務費負担金の公平な配分に資するため、職員給与費に準ずる経費として次の経費を事務費負担金の対象外とし、一般財源化する。 ① 賃金 ② 委託料 ③ 負担金の一部	

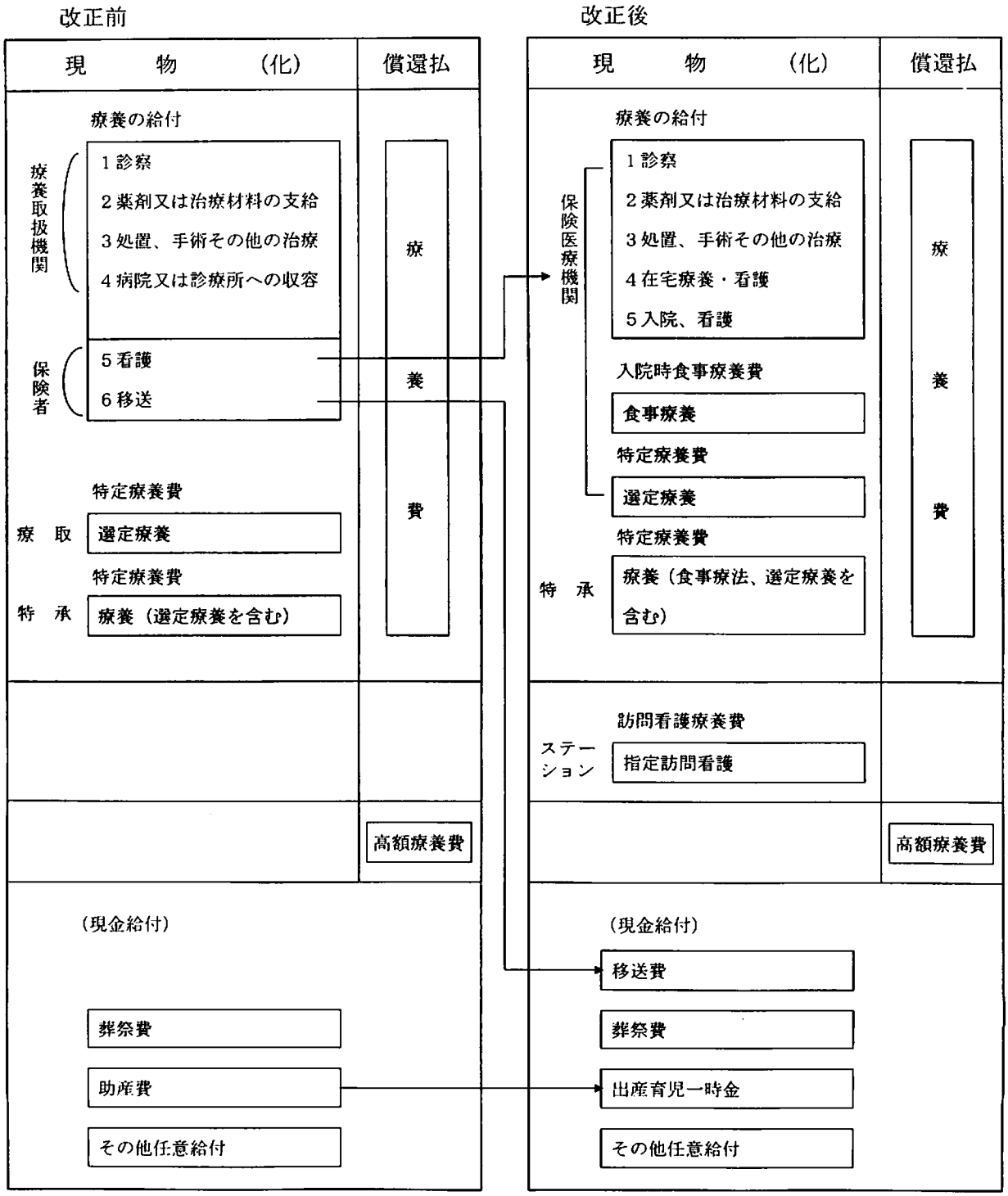
２－５　平成６年度制度改正の概要

ア　趣　　旨

平成６年度においては、各医療保険制度を通じ、国民の多様なニーズに応じながら、２１世紀に向けた良質かつ適切な医療の確保に必要な改正が行われた。

イ　内　　容

①　給付の体系の見直し



② 付添看護療養費の廃止等

<table>
<tr><th colspan="2">項　　目</th><th>改　正　前</th><th>改　正　後</th><th>施行日</th></tr>
<tr><td rowspan="7">各医療保険制度共通事項</td><td>1　付添看護・介護に係る給付の改革</td><td>○　看　護
・療養取扱機関が行うもの（収容の一部）
・保険者が行うもの（実態は療養費（付添看護療養費）として支給）（旧法第36条３項）</td><td>○　法上における看護の位置付けを保険医療機関が行うことに一元化。付添看護の存在を前提としない医療保険給付を確立。現行の付添看護療養費は、原則として７年度末をもって廃止。
（法第36条第３項）</td><td>平成６年10月１日</td></tr>
<tr><td>2　訪問看護療養費の創設</td><td>な　し
（老人保健法のみの制度）</td><td>○　居宅において継続して療養を受ける状態にある者（在宅の末期ガン患者、難病患者等）が、訪問看護事業者の訪問看護サービスを受けた場合、訪問看護療養費を支給。</td><td>平成６年10月１日</td></tr>
<tr><td>3　入院時食事療養費の創設</td><td>○　入院時の食事の提供は、療養の給付として給付（収容の一部）
○　標準負担額<table><tr><th></th><th>6年10月～
（経過措置）</th></tr><tr><td>一　般</td><td>600円</td></tr><tr><td>低所得者
（市町村民税非課税世帯等）</td><td></td></tr><tr><td>3か月目までの入院</td><td>450円</td></tr><tr><td>4か月目以降の入院</td><td>300円</td></tr><tr><td>低所得者世帯の
老齢福祉年金受給権者</td><td>200円</td></tr></table></td><td>○　療養の給付である入院サービスと併せて受けた食事について、入院時食事療養費を支給。
入院時の食事にかかる標準負担額は高額療養費の支給対象となる費用の負担には含まない。
入院時食事療養費
＝基準額（基本額＋加算額）－標準負担額
（法第52条）</td><td>平成６年10月１日</td></tr>
<tr><td>4　移送に係る給付の見直し</td><td>○　移　送
療養の給付として保険者が行う。
（実態は、療養費として支給）（旧法第36条第３項）</td><td>○　移送費として現金給付化
（法第54条の４）</td><td>平成６年10月１日</td></tr>
<tr><td>5　出産育児一時金の創設</td><td>○　「出産」という保険事故に対する一時金として支給。
（旧法第58条）
・助産費（支給基準額24万円）
・育児手当金</td><td>○　出産育児一時金に包括し、給付の改善を図る。（支給基準額30万円）
（法第58条）
・市町村に対する措置
所得額の３分の２を地方財政措置
・国保組合への補助（国庫支出金）
支給額30万円の場合７万５千円</td><td>平成６年10月１日</td></tr>
<tr><td>6　保健事業</td><td>○　保健施設
保険者は被保険者の健康増進のために必要な施設をすることができる。（旧法第82条）</td><td>○　疾病予防や健康管理の重要性に鑑み、その実施に努めるべきこと等を法律上明記。
（法第82条）</td><td>平成７年４月１日</td></tr>
<tr><td>7　老人保健拠出金による老人保健施設整備等の実施</td><td>な　し</td><td>○　在宅医療を推進するとともに、老人医療費の中長期的安定を図る観点から、医療保険各保険者からの拠出金（事業費拠出金）を財源とする老人保健施設整備等を行う事業を実施する。</td><td>平成６年10月１日</td></tr>
</table>

項目		改正前	改正後	施行日
国保制度独自の改正事項	8　療養取扱機関・国民健康保険医等の廃止	○　国保固有の保険診療担当資格制度（療養取扱機関・国保医・国保薬剤師等）（旧法第37条～第39条）	○　規制緩和の一環として、療養取扱機関等を廃止し、健康保険法に規定する保険医療機関等が国保を含めた医療保険制度全般の保険診療を担当。 （法第36条第３項）	平成６年10月１日
	9　社会福祉施設入所者に対する国保の適用市町村に関する特例	○　社会福祉施設入居者は、一般に保険料（税）負担能力が低いため、当該施設を有する市町村は、これらの者の転入により国保財政を大きく圧迫されることになり、施設を有しない市町村との間に負担の不公平が生じていた。	○　特別養護老人ホーム等の入所者であって、措置が採られたことにより当該施設へ転入してきた者については、施設所在地の市町村が行う国保でなく、措置がとられた際、現に住所を有していた市町村の行う国保の被保険者とする。 （法第116条の２）	平成７年４月１日
	10　国民健康保険組合・国民健康保険団体連合会に対する規制緩和	○　国保組合等において、組合会等の議決事項のうち「規約の変更」「借入金の借入及びその方法並び借入金の利率及び償還方法」「収入支出の予算」「準備金その他重要な財産の処分」については都道府県知事認可が必要。 （規約の変更のうち事務所の所在地変更については事後届出制） （旧法第27条・第86条・旧規則第21条の２）	○「借入金の借入及びその方法並び借入金の利率及び償還方法」のうち借入金の額の減少及び借入金の利率の低減に係るものについては、知事の認可事項から事後届出制に改める。 （法第27条）	平成６年10月１日

○　施行後三年後を目途とした検討規定（健康保険等の一部を改正する法律附則第６６条）

「医療保険各法による医療保険制度及び老人保健法による老人保健制度については、この法律の施行後三年を目途として、これらの制度の目的を踏まえ、この法律の施行後におけるこれらの制度の実施状況、国民医療費の動向、社会経済情勢の推移等を勘案し、入院時食事療養費に係る患者負担の在り方を含め、給付及び費用負担の在り方等に関して検討が加えられるべきものとする。」

（２）　市町村の事務費負担金（一部）の一般財源化

国保事務が市町村の一般事務の執行と一体となっている状況を踏まえ、国保事務費のより実情に応じた適切な支弁に資するため、国庫負担対象経費を、国民健康保険運営協議会の運営に関する経費、国民健康保険事業に従事する職員の研修に関する経費、法第８条の２第１項に規定する退職被保険者の把握に関する経費及び国民健康保険事業の運営に必要な印刷物の作成に関する経費に限定することとし、その他市町村の一般行政事務と併せて執行している場合が多い国保事務に係る経費については一般財源化し、所要の地方財政措置を講ずる。

2－6　平成７年度制度改正の概要

ア　趣　　旨

平成７年度においては、社会経済情勢の変化等により、国保における最低所得層の増加、小規模保険者の増加等に対応し、国保財政の安定化等を図るため、当面緊急に必要な措置を講じる改正が行われた。

イ　内　　容

①　国保制度の改正事項

<table>
<tr><th>項　　目</th><th>改　正　前</th><th>改　正　後</th><th>備　考</th></tr>
<tr><td>1　保険料（税）軽減制度の拡充
（法施行令第29条の５、地方税法施行令第56条の89等）</td><td>○　保険料（税）の応益割合の状況に関わらず一定の所得以下の世帯に対する減額賦課については、被保険者均等割及び世帯別平等割について一律６割・４割を減額して賦課する。</td><td>○　応益割合が50％に近い市町村を中心に低所得者に対する保険料（税）軽減制度を段階的に拡充し（２割軽減については平成７年度新設）、低所得者の負担が増大しないように配慮しつつ、中間所得者層の負担の軽減を図る。</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">
<table>
<tr><td></td><td>応益割合</td><td>35％未満</td><td>35～45％</td><td>45％～55％</td><td>55％以上</td></tr>
<tr><td rowspan="3">軽減割合</td><td>現　　行</td><td colspan="4">一　律　６　割　・　４　割</td></tr>
<tr><td>平成７年度</td><td>５割・３割</td><td>６割・４割</td><td>６割・４割・２割</td><td>６割・４割</td></tr>
<tr><td>平成８年度</td><td>５割・３割</td><td>６割・４割</td><td>７割・５割・２割</td><td>６割・４割</td></tr>
</table>
（注１）応益割合が３５％未満の保険者については、当分の間、軽減割合を６割・４割のままとすることができる。
（注２）２割軽減は、世帯主及び世帯員の所得が「33万円＋34万円×被保険者数」以下であって軽減が適当と認められるものについて申請に基づき実施する。
</td></tr>
<tr><td>2　高額医療費共同事業の拡充・強化（法第104条、第105条、第106条）</td><td>○　高額な医療費について都道府県単位で、保険者（市町村）負担を調整するため、高額医療費共同事業を実施。</td><td>○　高額医療費共同事業が国保法上の制度として位置づけられた。
○　著しく高額な医療費（１月当たり450万円を超える場合に200万円を越える額）に係る全国単位での共同事業を国保中央会で新たに実施。
○　保険者が行う健康診査等の保健事業等に対し、国保連合会等は必要な援助を行うよう努めなければならない。また、国及び地方公共団体は、国保連合会等の行う援助等を促進するため、必要な助言を行うよう努めなければならない。</td><td></td></tr>
</table>

項　　目	改　正　前	改　正　後	備　考
3　基準超過医療費共同負担制度に係る基準の改正 （法施行令第29条の４等）	○　基準超過医療費共同負担制度における指定市町村における指定市町村の指定基準及共同負担の基準 指定基準　1.17超 負担基準　1.20超	○　制度創設時からの制度の定着化の動向、本制度による医療費適正化の効果、最近の医療費の動向等に鑑み、基準を以下のとおり見直す。 指定基準　1.14超 負担基準　1.17超	○　平成８年度に係る指定市町村の指定から適用
4　保険基盤安定制度に係る国庫負担の特例の継続（法附則第13項）	○　負担割合 国　100億円（定額） 都道府県　1／4 市町村　国、都道府県以外分 ○　平成５年度及び平成６年度限りの暫定措置	○　定額国庫負担の暫定措置を、国の財政状況等を勘案し、平成７年度及び平成８年度も継続する。 ○　負担割合 国　170億円（平成７年度） 240億円（平成８年度） 都道府県　1／4 市町村　国、都道府県以外分 ○　減額分については地方財政措置	
5　財政安定化支援事業に係る暫定措置の継続（法附則第12条）	○　国保財政の安定化と保険料負担の軽減・平準化を図るため、保険者の責めに帰することのできない理由により国保財政の受ける影響を勘案して、一般会計から国保特別会計に繰り入れる当該事業について、地方財政計画に計上。 ○　平成５年度及び平成６年度限りの暫定措置	○　当該制度が市町村国保の財政安定化及び保険料負担の公平化等に有効であることから、平成７年度及び平成８年度についても暫定措置を継続。 ○　法附則を改正する ○　平成７年度地方財政計画計上額は、 1,250億円	
6　精神・結核に係る住所地主義の特例の創設（法第116条の２）	○　精神・結核患者が入院（入所）する医療機関がある市町村の負担が増大し、市町村間に負担の不均衡が生じた	○　市町村間の負担の不均衡を是正するため、精神・結核の公費負担制度の見直しも踏まえ平成６年度制度改正中の社会福祉施設の入所者に対する住所地特例を精神・結核の命令入所についても拡大し適用。	○　平成７年７月１日施行
7　国民健康保険特別対策費補助金の拡充	○　保険料（税）適正賦課及び収納率向上、医療費適正化、特別総合保険事業、特別対策事業の指導充実に資する特別対策事業に対して補助	○　国保組合の実施する保険事業に係る特別事業を新たに補助対象に追加	

② 各医療保険制度共通事項

項　　目	改　正　前	改　正　後	備　考
1　老人保健医療費拠出金の算定における老人加入率の上下限の改正等	○　老人医療費は、医療保険各保険者の老人加入率にかかわらず、全国平均で老人が加入していると仮定して拠出金を算定し、各保険者で負担することを基本としているがこの基本の特例として、負担の激変緩和を図る趣旨から、拠出金の算定に用いられる老人加入率について、20%及び1%の上下限が設けられている。 ○　しかし、高齢化の進展に伴い、老人加入率20%上限を超える保険者が全体の約4割を占めるに至り、負担に不均衡が生じた。	○　老人医療費拠出金の算定に用いる老人加入率の上下限を次のように引き上げる。 上限…上限を超える保険者数が全保険者数の概ね3%となる割合とする。ただし、拠出金の算定方法が基本的に見直されるまでは以下のとおり。 平成7年度　22% 平成8年度以降　24～26% 下限…1.5%　ただし、拠出金の算定方法が基本的に見直されるまでは1.4%とする。 ○　実質的負担の著しく多い老人保健医療費拠出金に係る特別調整を実施する。 ○　3年以内を目途に老人保健医療費拠出金の算出方法を基本的に見直す。 ○　公費負担割合が5割となる老人医療費の対象を拡大する。	
2　精神医療及び結核医療の公費負担医療の見直し	○　精神保健法及び結核予防法に係る公費負担医療については、公費が優先して適用。	○　精神保健法及び結核予防法に係る公費負担医療について、国民健康保険法及び老人保健法等の規定による医療に関する給付を受けることができる場合は、これらを優先して適用する。	○　平成7年7月1日施行

2－7　平成９年度制度改正の概要

ア　趣　　旨

平成９年度においては、２１世紀に向けて医療保険制度を安定的に維持していくため、制度全般の総合的な改革が急がれるなか、当面の財政危機の回避を図るため、世代間の負担の公平等に配慮し、医療保険制度の安定的運営の確保を図るため、給付と負担の見直し等所要の措置を講じる改正が行われた。

イ　内　　容

項　　目	改　正　前	改　正　後	備　考
1　一部負担に関する改正 （法第42条）	○　規定なし	○　外来の際の薬剤に係る一部負担金の額については、薬剤の支給を受けるごとに、１日につき、２種類又は３種類の場合は30円、４種類又は５種類の場合は60円、６種類以上の場合は100円（外用薬については、１調剤につき１種類の場合は50円、２種類の場合は100円、３種類以上の場合は150円頓服薬は１種類に付き10円） ○　次の者については一部負担を免除する。 ・　６歳未満の者 ・　老齢福祉年金の受給者であって、かつ、その属する世帯の主たる生計維持者が市町村民税が課せられない者等であることにつき市町村長の認定を受けている者	
2　保険基盤安定制度に係る国庫負担の特例の継続 （法付則第12項）	○　負担割合 国　　170億円 （平成７年度） 240億円 （平成８年度） 都道府県　1／4 市町村　　国、都道府県以外分 ○　平成７年度及び平成８年度限りの暫定措置	○　負担割合 国　　450億円 （平成９年度） 670億円 （平成10年度） 都道府県　1／4 市町村　　国、都道府県以外分 ○　平成11年度は法第72条の２第２項の規定に基づき２分の１の定率国庫負担	
3　国民健康保険組合の国庫補助に関する改正 （法第73条第１項、第２項）	○　療給等国庫定額補助金及び老健拠出金の合算額の百分の三二	○　療給等国庫定額補助金及び老健拠出金の合算額の百分の三二（組合特定被保険者分を除く） ○　組合特定被保険者分の特定給付額及び特定納付費用額のそれぞれに特定割合を乗じて得た額の合算	

2－8　平成１０年度制度改正の概要

ア　趣　　旨

平成１０年度においては、近年の高齢化の進展等にともない、市町村国民健康保険の加入者に占める退職被保険者等の割合が増大していること、また、老人加入率が著しく高い市町村国民健康保険の保険者数が増加していること等から、医療保険制度の抜本的な改革が行われるまでの間においても、老人医療費拠出金の現行制度のもとにおける負担の見直しを行うこととし、あわせて診療報酬の不正請求の防止等、その他所要の改正が行われた。

イ　内　　容

項　　目	改　正　前	改　正　後	備　考
1　退職被保険者等に係る老人医療費拠出金の負担方法の見直し（法附則第13項及び第14項）	○　市町村国民健康保険が負担	○　市町村国民健康保険が負担している額の２分の１を退職者医療制度において負担	
2　老人加入率上限に関する特例の見直し（法等の一部を改正する附則第７条第３項）	○　老人医療費拠出金の算定に用いられる各保険者の老人加入率の上限 25%	○　老人医療費拠出金の算定に用いられる各保険者の老人加入率の上限 30%	
3　診療報酬の不正請求に係る返還金に対する加算金の割合（法第65条第３項）	○　診療報酬の不正請求に係る返還金に対する加算金の割合 10%	○　診療報酬の不正請求に係る返還金に対する加算金の割合 40%	
4　国民健康保険組合等の予算の認可の見直し（法第27条第２項及び第４項）	○　国民健康保険組合及び国民健康保険団体連合会の予算は都道府県知事の認可	○　国民健康保険組合及び国民健康保険団体連合会の予算は都道府県知事への届出	
5　市町村国民健康保険の事務費負担金の一般財源化（法第69条）	○　市町村国民健康保険の事務費を負担	○　市町村国民健康保険の事務費負担金の一般財源化	

項　　目	改　正　前	改　正　後	備　考
6　保険医療機関の指定等の取消しが行われた場合の再指定等を行わないことができる期間の延長 （健康保険法第43条の３第３項及び第43条の５第２項）	○　保険医療機関の指定及び保険医の登録等の取消しが行われた場合に都道府県知事が再指定等を行わないことができる期間は最長２年	○　保険医療機関の指定及び保険医の登録等の取消しが行われた場合に都道府県知事が再指定等を行わないことができる期間は最長５年	
7　保険医療機関の病床の指定等 （健康保険法第43条第３項及び第43条の３）	○　規定なし	○　都道府県知事は保険医療機関の申請があった病院又は療養型病床群を有する診療所について、次のいずれかに該当するときは、病床の全部又は一部について保険医療機関の指定等を行わないことができる （１）医療法による病床過剰地域における都道府県知事の勧告に従わないとき （２）医師、看護婦その他の従業者の人数が医療法に定める数を勘案して厚生大臣の定める基準により算定した数に満たないとき （３）その他適正な医療の効率的な提供を図る観点から、当該病院等の病床の利用に関して保険医療機関として著しく不適当なところがあると認めるとき	

２－９　平成１２年度制度改正の概要

ア　趣　　旨

平成１２年度においては、介護保険法の施行により、国民健康保険を含めた医療保険の保険者は、４０歳以上６５歳未満の医療保険の被保険者（介護保険第２号被保険者）から、介護納付金相当分を医療保険料として一括して徴収することとされた。これに伴って、保険料（税）に関する事項等、所要の改正が行われた。

また、地方分権の推進を図るための関係法律の整備等に関する法律（以下「地方分権一括法」という。）の施行に伴い、機関委任事務制度の廃止及び地方公共団体の事務区分の再編成が行われた。これに伴って、都道府県知事への協議に関する事項等、所要の改正が行われた。

さらに、平成１３年１月１日より健康保険法等の一部を改正する法律が施行され、高額療養費の自己負担限度額の見直し等が行われた。

イ　内　　容

①　介護保険法の施行に伴う改正事項

項　　目	改　正　前	改　正　後	備　考
1　保険料（税）に関する事項			
（1）保険料の徴収目的等（法第76条）	○　国民健康保険事業に要する費用（老人保健拠出金の納付に要する費用を含む）	○　国民健康保険事業に要する費用の中に介護納付金の納付に要する費用を加える。その場合の賦課の対象は、介護保険法第９条２項に規定する被保険者とする。	
（2）保険料（税）の賦課（課税）の基準（施行令第29条の５、地方税法第703条の４）	○　国民健康保険の被保険者である世帯主及びその世帯に属する国民健康保険の被保険者につき算定した医療給付費分の賦課額	○　医療給付分の賦課額（基礎賦課（課税）額）と介護納付金分の賦課額（介護納付金賦課（課税）額）の合算額とする。	
（3）保険料（税）の賦課限度額（施行例第29条の５、地方税法第703条の４）	○　53万円	○　基礎賦課（課税）額 53万円 ○　介護納付金賦課（課税）額 ７万円	

項　　目	改　正　前	改　正　後	備　考
2　国庫負担金等に関する事項			
（1）療養給付費等負担金、調整交付金の対象（法第70条、第72条）	○　療養の給付等に要する費用及び老人保健拠出金の納付に要する費用	○　介護給付金の納付に要する費用を加える。	
（2）事務費負担金（第69条）	○　国保組合のみが対象で、市町村については一般財源化	○　介護納付金の納付に要する費用については、新たに事務費負担金が交付される。	
（3）療養給付費交付金の額の算定（第72条の４）	○　退職被保険者等に係る医療給付費の額から退職被保険者の保険料（税）の額を控除した額	○　当該控除する保険料（税）の額の算定に当たっては、介護納付金の納付に要する費用に相当する保険料（税）の額を控除する。	
3　滞納者対策に関する事項			
（1）被保険者資格証書の交付（法第９条）	○　保険者の裁量により、被保険者証の返還・資格証明書の交付	○　納期限から一定期間（１年）経過後なお滞納がある場合は、被保険者証の返還を求め、被保険者資格証を交付（義務化） （一定期間経過前においても裁量により返還・交付が可）	
（2）保険給付の支払いの一時差止（法第63条の２）	○　保険者の裁量により、保険給付の支払の一時差止	○　納期限から一定期間（１年６月）経過後なお滞納がある場合は、保険給付の支払を一時差止（義務化） （一定期間経過前においても裁量により一時差止が可）	
（3）保険給付費からの滞納保険料（税）額の控除（法第63条の２）	○　規定なし	○　被保険者資格証明書の交付を受け、保険給付の支払の一時差止を受けている者が、なお滞納している場合は、あらかじめ通知して、差止額から滞納している保険料額を控除できる。	
（4）短期被保険者証（施行規則第７条の２）	○　規定なし	○　被保険者証を検認・更新する期日を定めるにあたり、滞納世帯については、通例定める期日より前の期日を定めることができる。 （根拠規定を明確にしたものであり、この改正により初めて可能となる趣旨ではない。）	

項　　目	改　正　前	改　正　後	備　考
4　住所地特例に関する事項			
（1）特例の対象施設（法第116条の2第1項）	○　児童福祉施設、身体障害者更生援護施設、知的障害者援護施設等	○　介護保険法第7条第19項に規定する介護保険施設を加える。	
（2）2以上の施設に住所を移して入所した場合（同条第2項）	○　とくに規定がないので、施設入所前の所在地の市町村の被保険者となる。	○　最初に措置入所した際に、住所を有していたと認められる市町村の被保険者とする（保険者に変更はない）。 ○　介護保険施設等の所在する市町村以外の市町村から、現入所施設への住所変更（特定住所変更）の場合は、最後に特定住所変更した際に住所を有していた市町村の被保険者とする。	経過措置あり
（3）介護保険施設等施設の協力義務（同条第3項）	○　規定なし	○　施設の所在する市町村及び当該被保険者に国民健康保険を行う市町村に必要な協力をしなければならない。	
5　その他の事項			
（1）国保組合の法定積立金の算定（施行令第19条、第20条）	○　保険給付費及び老人保健拠出金の合算額の一定割合を、特別積立金、給付費等支払準備金として積み立てることが必要	○　介護納付金も含めて算定されることとされ、準備金の使途に介護納付金の納付も含めることとされた。	
（2）市町村（国保組合）が科する過料（過怠金）の額（法第127条、第128条）	○　2万円	○　10万円	

② 健康保険等の一部を改正する法律の施行による改正

項　　目	改　正　前	改　正　後	備　考
1　高額療養費の自己負担限度額に関する事項（法第57条の２第２項、施行令第29条の２）	○低所得者　35,400円 ○一　般　63,600円	○低所得者　改正前と同じ ○一般 63,600円＋ （医療費－318,000円）×0.01 ○上位所得者 121,800円＋ （医療費－609,000円）×0.01 ※　上位所得者の区分を設けるとともに、被保険者が受ける医療サービスの費用を反映する。	
2　入院時食事療養費の標準負担額に関する事項（告示事項）	○一　般　760円 ○低所得者　90日目まで　650円 91日目以降　500円	○一　般　780円 ○低所得者　改正前と同じ	
3　海外療養費に関する事項（法第59条）	○　被保険者が日本国外にあるときは、給付は行わない（給付制限）。	○　給付制限の事由から除外し、被保険者が海外で負傷した場合や、疾病にかかった場合の費用について、療養費として償還払いを行う（日本で保険適用されるものに限り、また、治療目的の渡航は対象外）。	
4　住所地特例に関する事項（法第116条の２）	○　児童福祉施設や介護保険施設等への入所者については、転入する前の市町村国保の被保険者とする。	○　疾病や病床を特定することなく、住所の異動を伴う長期入院一般について、住所地特例の対象とする。（注１）	
5　資料の提供等に関する事項（法第113条の２）	○　規定なし	○　市町村は、保険給付等に関して必要があると認められる場合は、被保険者の資産や収入の状況等について、官公署等に資料の提供等を求めることができる旨の規定を設けた。	
6　被保険者証の様式に関する事項（施行規則様式第１号、第１号の２、第１号の２の２）	○　一世帯に一枚の被保険者証の様式とする。	○　一人一枚のカード様式とするが、当分の間、現行様式との併存を認める。（注２） （施行日は平成13年４月１日）	

（注１）　住所地特例については、社会福祉事業法改正法による国保法の改正により、平成１５年４月１日より、指定身体障害者更生施設等への入所や、指定知的障害者更生施設等への入所が追加される。

（注２）　被保険者証のカード化については、健康保険法等の一部改正による改正ではない。

２－１０　平成１４年度制度改正の概要

ア　趣　　旨

平成１４年度の制度改正は、医療保険制度の抜本的な改革の一環として行われた。医療保険制度の安定的な運営をはかることを目的に「患者一部負担金の見直し」「健康保険における保険料における総報酬制の導入」「政府管掌健康保険料率の引き上げ」「老人医療費拠出金の算定方法の見直し」「国民健康保険の財政基盤の強化」等を主な内容としている。

しかし、この改正で国民健康保険をはじめとした医療保険財政の健全化と将来にわたる安定的な運営が確保されたわけではなく、高齢者医療制度のあり方を含めた医療保険制度体系の見直しなど残された課題は多い。

イ　内　　容

①　平成１４年４月１日施行部分

項　　目	改　正　前	改　正　後
○診療報酬等の改正 （厚生労働大臣告示）	診療報酬は増額改定のみ	診療報酬・薬価基準ともに減額改定

②　平成１４年１０月１日施行部分（「健康保険法等の一部を改正する法律」による）

項　　目	改　正　前	改　正　後
○老人保健医療対象年齢の引き上げ （老人保健法第25条）	70歳以上 65歳以上70歳未満の寝たきりの状態にある者で市町村長に認定を受けている者	75歳以上 ただし、平成14年10月から段落的に引き上げ 65歳以上75歳未満の寝たきりの状態にある者で市町村長に認定を受けている者
○老人医療費拠出金の見直し （老人保健法第48条）	公費負担は70% 老人加入率の上限30%	公費負担は50% ただし、平成14年10月から段階的に引き上げ 一定以上所得者は公費負担の対象外とする 老人加入率の上限撤廃
○一部負担等の見直し （国保法第42条）	一般　３割 退職医療制度本人　２割 退職医療制度家族　外来３割 入院２割 老人医療対象者　１割ないし定額制 （上限あり） 薬剤一部負担金 （老人医療対象者を除く）	３歳未満乳児　２割 ３歳以上70歳未満の一般　３割 70歳未満の退職医療制度本人　２割 ３歳以上70歳未満の退職医療制度家族 外来　３割入院２割 70歳以上　１割・２割（入院以外上限なし） 薬剤の一部負担（70歳以上の者を除く）

項　　目	改　正　前	改　正　後
○高額療養費の見直し （国保法施行令第29条の２、第29条の３）	70歳未満の被保険者について規定 自己負担限度額 低所得者　35,400円 一般 63,600円＋（医療費－318,000円）×１％ 上位所得者 121,800円＋（医療費－609,000円）×１％ 合算対象基準額３万円 （低所得者２万１千円） 70歳以上は規定なし	70歳以上（老人除）も含めて規定 自己負担限度額 低所得者　35,400円（据え置き） 一般 72,300円＋（医療費－361,500円）×１％ 上位所得者 139,800円＋（医療費－699,000円）×１％ 平成15年４月から361,500円は241,000円に、699,000円は466,000円に変更 合算対象基準額は一律２万１千円 70歳以上（老人除）の別途算定後における自己負担残の対象基準額は円単位 70歳以上（老人除）は世帯合算前に別途算定 個人単位 一定所得以上　40,200円 一般　12,000円 低所得者Ⅱ　8,000円 低所得者Ⅰ　8,000円 世帯単位（70歳以上（老人除く）） 一定所得以上 72,300円＋（医療費－361,500円）×１％ 一般　40,000円 低所得者Ⅱ　24,600円 低所得者Ⅰ　15,000円 70歳以上（老人除）入院の窓口負担限度額 金額は70歳以上の世帯単位額と同じ

③　平成１５年４月１日施行部分（「健康保険法等の一部を改定する法律」による）

項　　目	改　正　前	改　正　後
○退職被保険者等の一部負担金の見直し（国保法第42条）	本人２割 家族　外来３割、入院２割	本人・家族とも３割
○外来薬剤一部負担金の廃止（国保法第42条第２項等）	６歳以上70歳未満は薬剤種類等に応じ負担	廃止
○特例療養費の廃止（国保法第54条の５）	一般から退職への給付割合遡及変更に伴う療養費として規定	給付率の統一により廃止

④　平成１５年４月１日施行部分（「国民健康保険法施行規則等の一部を改正する省令」）

項　　目	改　正　前	改　正　後
○退職被保険者の職権適用（国保法施行規則第４条第４項）	規定なし	年金受給権者一覧表などで資格確認できる場合は、本人からの「届出」を省略して適用できる

ウ　今後の医療保険制度改革の方向について

「健康保険法等を一部を改正する法律」では、今後すすめる医療保険制度の改革等について次の通り規定している

（１）医療保険制度の給付率については、将来にわたり７割を維持する。

（２）①保険者の統合・再編を含む医療保険制度の体系の在り方、②新しい高齢者医療制度の創設、③診療報酬の体系の見直しに関する基本方針を平成１４年度中に策定するものとする。当該方針に基づいて、できるだけ速やかに（②についてはおおむね２年を目途に）、所要の措置を講ずるものとする。

（３）おおむね２年を目途に、次に掲げる事項について、その具体的内容、手順及び年次計画を明らかにし、所要の措置を講ずるものとする。

①　健康保険の保険者である政府が設置する病院のあり方の見直し。

②　社会保険庁の業務運営の効率化及び事務の合理化。

（４）おおむね３年を目途に、次に掲げる事項について、その具体的内容、手順及び年次計画を明らかにし、所要の措置を講ずるものとする。

①　政府が保険者である社会保険及び労働保険に係る徴収事務の一元化。

②　医療保険、老人医療及び介護保険の自己負担が著しく高額になる場合にその負担の軽減

を図る仕組みの創設。

③ 社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会による診療報酬の審査及び支払に関する事務処理体制の見直し

（5）おおむね5年を目途に、政府管掌健康保険事業及び当該事業の組織形態の在り方の見直しについて検討を行ない、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

（6）次に掲げる事項について検討を行ない、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

① 医療事故に迅速かつ適切に応対するための専門家による苦情処理体制の整備。

② 医療及び医療費に関する情報の収集、分析、評価及び提供に係る体制の整備。

③ 医療保険及び老人医療の保険給付の内容及び範囲の在り方。