

保険医療機関・保険薬局 各位

神奈川県国民健康保険団体連合会

医療費助成制度の見直しについて

本会事業運営につきましては、平素より格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、標記のとおり重度障害者医療費（80）、小児医療費（81）及びひとり親家庭等医療費助成制度（85）の見直しが行われます。

つきましては、制度の見直し内容及びこれに伴う請求方法は下記のとおりです。10月診療分（11月請求）からのご請求の際はご留意いただきますようお願いいたします。

記

1 医療費助成制度における一部負担金の導入について

重度障害者医療費（80）、小児医療費（81）及びひとり親家庭等医療費助成制度（85）で一部負担金を徴収する。

受診ごとに、次の定額を徴収する。

通院 受診1回ごとに、200円（ただし、調剤を除く）

入院 入院1日ごとに、100円

小児医療費については0歳から3歳までは一部負担金を徴収しない。

県内市町村における一部負担金徴収の有無と実施時期

保険者名	重度障害（80）	小児（81）	ひとり親（85）
湯河原町	×	（平成20年10月）	（平成21年1月）
上記以外の市町村	×	×	×

1 湯河原町はカッコ内の診療月から一部負担金を徴収する。×は医療証の一部負担金欄に0円と記載のある場合、又は一部負担金欄のない場合は一部負担金を徴収しない。

2 座間市心身障害者療養受診証による自己負担1割は変更なし。

2 国保組合における重度障害者実施分の見直しについて

県内6国保組合（医師国保組合、歯科医師国保組合、薬剤師国保組合、食品衛生国保組合、建設業国保組合、建設連合国保組合）における重度障害者10割は、実施主体が市町村に1本化される。これにより従来、診療報酬明細書の特記欄「80」、給付割合「10」と表記して請求されたものは、公費負担者番号、受給者番号を所定の欄に記載し、給付割合欄は被保険者

証に記載の基本給付割合（7割の場合は「7」）と表示（省略は可）して請求する。

診療報酬請求書（浅黄色・ライトブルー）の記載欄は、入院分は区分「01」、入院外分は区分「02」に記載する（現行の記載欄に変更なし）。

3 診療報酬明細書の記載例（湯河原町のみ）

例1 国保入院7割 入院日数30日の場合

一部負担金 30日×100円（1日ごと）=3,000円

診療報酬明細書 (医科入院)				平成 年 月分 県番 14 医コ				1 医科	1国	2併	1本入	
-		-		保険								
公負	8 1 1 4 x x x x	公受	x x x x x x x x	記号・番号	x x - x x x x x x							
公負		公受										
傷病名				診療開始日				転院	治ゆ 死亡 中止	診療実日数	30	日
療費の給付	請求点	決定点	負担金額 円	一回請求 円	決定 円	(標準負担額) 円						
	30,000		3,000									
				高額 円 公 点 公 点								

一部負担金が0円の場合は、公費分 負担金額欄に0円と記載する必要はない。

例2 国保入院外 7割 通院3日の場合（湯河原町のみ）

一部負担金 3日×200円（受診ごと）=600円

同日再診の場合は1日200円（実日数単位）、電話再診（同日電話再診を除く）の場合も1日200円を徴収する。旧総合病院は診療科ごとに徴収する（実日数0日の場合は0円）。

診療報酬明細書 (医科入院外)				平成 年 月分 県番 14 医コ				1 医科	1国	2併	2本外	
-		-		保険								
公負	8 1 1 4 x x x x	公受	x x x x x x x x	記号・番号	x x - x x x x x x							
公負		公受										
傷病名				診療開始日				転院	治ゆ 死亡 中止	診療実日数	3	日
療費の給付	請求点	決定点	一部負担金額 円									
	1,000		600									
				高額 円 公 点 公 点								

一部負担金が0円の場合は、公費分 負担金額欄に0円と記載する必要はない。

例 3 国保組合における重度障害記載変更例

診療報酬明細書 (医科入院) 平成 年 月分 県番 14 医コ

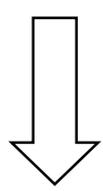
1 医科	1 国	1 単	2 本
------	-----	-----	-----

市町村		老人受	
公負		公受	
公負		公受	

保 険	1	4	3	0	6	5	10
記号・番号	××-××××××						

氏名			特記事項
	生 80		
職務上の事由			

保険医療機関の所在地及び名称 (床)



診療報酬明細書 (医科入院) 平成 年 月分 県番 14 医コ

1 医科	1 国	1 単	2 本
------	-----	-----	-----

市町村		老人受	
公負	8014	公受	××××××
公負		公受	

保 険	1	4	3	0	6	5	7
記号・番号	××-××××××						

氏名			特記事項
	生		
職務上の事由			

保険医療機関の所在地及び名称 (床)

以上

事務担当 審査第一部審査第一課審査調整班
045(329)3411