

保険番号マスタ (新潟県15)

| 番号 | 設定項目名         | 制度名        |       | 老人    |       |       |       |       |            |       | 重度心身障害者 |       |      |      |      | 子ども  |      |      |      |      |      |      | ひとり親家庭等 |       |       |       |       |       |
|----|---------------|------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------------|-------|---------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|
|    |               | 160        | 260   | 360   | 460   | 161   | 261   | 361   | 461        | 561   | 198     | 298   | 163  | 263  | 165  | 265  | 190  | 290  | 191  | 291  | 391  | 491  | 164     | 264   | 364   | 464   | 564   |       |
| 1  | 保険番号          | 160        | 260   | 360   | 460   | 161   | 261   | 361   | 461        | 561   | 198     | 298   | 163  | 263  | 165  | 265  | 190  | 290  | 191  | 291  | 391  | 491  | 164     | 264   | 364   | 464   | 564   |       |
| 2  | 法別番号          | 60         | 60    | 60    | 60    | 61    | 61    | 61    | 61         | 61    | 61      | 61    | 63   | 63   | 65   | 65   | 90   | 90   | 91   | 91   | 91   | 91   | 64      | 64    | 64    | 64    | 64    |       |
| 3  | 短縮制度名         | 県老1割       | 県老低2  | 県老低1  | 県老2割  | 県障一般  | 県障低2  | 県障低1  | 県障上位       | 県障老齢  | 県障後期    | 障老後期  | 県乳課税 | 県乳非課 | 県子課税 | 県子非課 | 単子課税 | 単子非課 | 単子特別 | 単子特食 | 単子1負 | 子入負無 | 県親一般    | 県親低2  | 県親低1  | 県親上位  | 県親老齢  |       |
| 4  | 保険公費種別区分      | 7          | 7     | 7     | 7     | 7     | 7     | 7     | 7          | 7     | 7       | 7     | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7    | 7       | 7     | 7     | 7     | 7     |       |
| 5  | 法別番号チェック区分    | 0          | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0          | 0     | 0       | 0     | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0       | 0     | 0     | 0     | 0     |       |
| 6  | 検証番号チェック区分    | 2          | 2     | 2     | 2     | 2     | 2     | 2     | 2          | 2     | 2       | 2     | 2    | 2    | 2    | 2    | 2    | 2    | 2    | 2    | 2    | 2    | 2       | 2     | 2     | 2     | 2     |       |
| 7  | 受給者検証番号チェック区分 | 2          | 2     | 2     | 2     | 2     | 2     | 2     | 2          | 2     | 2       | 2     | 2    | 2    | 2    | 2    | 2    | 2    | 2    | 2    | 2    | 2    | 2       | 2     | 2     | 2     | 2     |       |
| 8  | 公費主保区分        | 3          | 3     | 3     | 3     | 3     | 3     | 3     | 3          | 3     | 3       | 3     | 3    | 3    | 3    | 3    | 3    | 3    | 3    | 3    | 3    | 3    | 3       | 3     | 3     | 3     | 3     |       |
| 9  | 年齢(開始一終了)     | 65-74      | 65-74 | 65-74 | 65-69 | 0-999 | 0-999 | 0-999 | 0-999      | 0-999 | 0-999   | 0-999 | 0    | 0    | 0-12 | 0-12 | 0-18 | 0-12 | 0-12 | 0-12 | 0-12 | 0-15 | 0-15    | 0-999 | 0-999 | 0-999 | 0-999 | 0-999 |
| 10 | 点数単価          | 10         | 10    | 10    | 10    | 10    | 10    | 10    | 10         | 10    | 10      | 10    | 10   | 10   | 10   | 10   | 10   | 10   | 10   | 10   | 10   | 10   | 10      | 10    | 10    | 10    | 10    |       |
| 11 | レセプト負担金額      | 2          | 2     | 2     | 2     | 2     | 2     | 2     | 2          | 2     | 1       | 1     | 2    | 2    | 2    | 2    | 2    | 2    | 2    | 2    | 2    | 2    | 2       | 2     | 2     | 2     | 2     |       |
| 12 | レセプト請求(印刷)    | 0          | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0          | 0     | 0       | 0     | 2    | 2    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0       | 0     | 0     | 0     | 0     |       |
| 13 | レセプト記載        | 0          | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0          | 0     | 0       | 0     | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0       | 0     | 0     | 0     | 0     |       |
| ※  | 所得情報          | 本人 低所得 低年金 |       |       |       |       |       |       | 本人 低所得 低年金 |       |         |       |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |         |       |       |       |       |       |
| 14 | 外来負担区分        | 1          | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1          | 2     | 1       | 1     | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 2    | 2    | 1    | 0    | 1       | 1     | 1     | 1     | 2     |       |
| 15 | 1回負担割合        | 10         | 10    | 10    | 20    | 20    | 20    | 0     | 0          | 0     | 0       | 0     | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0       | 0     | 0     | 0     | 0     |       |
| 16 | 1回固定額         | 0          | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0          | 0     | 0       | 0     | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0       | 0     | 0     | 0     |       |       |
| 17 | 1回上限額         | 0          | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0          | 0     | 0       | 0     | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0       | 0     | 0     | 0     |       |       |
| 18 | 1日上限額         | 0          | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 530   | 530        | 530   | 0       | 530   | 530  | 530  | 0    | 530  | 530  | 530  | 530  | 530  | 530  | 0    | 530     | 530   | 530   | 530   | 0     |       |
| 19 | 1日上限回数        | 0          | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0          | 0     | 0       | 0     | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0       | 0     | 0     | 0     |       |       |
| 20 | 1月院内上限額       | 12000      | 8000  | 8000  | 12000 | 8000  | 8000  | 0     | 0          | 0     | 0       | 0     | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0       | 0     | 0     | 0     |       |       |
| 21 | 1月院外上限額       | 12000      | 8000  | 8000  | 12000 | 8000  | 8000  | 0     | 0          | 0     | 0       | 0     | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0       | 0     | 0     | 0     |       |       |
| 22 | 1月上限回数        | 0          | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 4     | 4          | 4     | 0       | 4     | 4    | 4    | 0    | 4    | 4    | 4    | 4    | 4    | 0    | 1    | 0       | 4     | 4     | 4     |       |       |
| 23 | 薬剤負担          | 0          | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0          | 0     | 0       | 0     | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0       | 0     | 0     | 0     |       |       |
| 24 | 入院負担区分        | 1          | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1          | 1     | 1       | 1     | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 2    | 2    | 0    | 2    | 1       | 1     | 1     | 1     |       |       |
| 25 | 1回負担割合        | 10         | 10    | 10    | 20    | 20    | 20    | 0     | 0          | 0     | 0       | 0     | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0       | 0     | 0     | 0     |       |       |
| 26 | 1回固定額         | 0          | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0          | 0     | 0       | 0     | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0       | 0     | 0     | 0     |       |       |
| 27 | 1回上限額         | 0          | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0          | 0     | 0       | 0     | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0       | 0     | 0     | 0     |       |       |
| 28 | 1日上限額         | 0          | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 1200  | 1200       | 1200  | 500     | 1200  | 1200 | 1200 | 500  | 1200 | 1200 | 1200 | 1200 | 1200 | 1200 | 0    | 1200    | 1200  | 1200  | 1200  | 500   |       |
| 29 | 1日上限回数        | 0          | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0          | 0     | 0       | 0     | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0       | 0     | 0     | 0     |       |       |
| 30 | 1月上限額         | 44400      | 24600 | 15000 | 44400 | 24600 | 15000 | 0     | 0          | 0     | 0       | 0     | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0       | 0     | 0     | 0     |       |       |
| 31 | 1月上限回数        | 0          | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0          | 0     | 0       | 0     | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0       | 0     | 0     | 0     |       |       |
| 32 | 1日食事助成額       | 0          | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0          | 0     | 0       | 0     | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0       | 0     | 0     | 0     |       |       |
| 33 | 食事療養費         | 1          | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 3          | 3     | 1       | 3     | 3    | 3    | 1    | 3    | 1    | 3    | 1    | 3    | 0    | 1    | 1       | 3     | 3     | 1     |       |       |

- (注) 老人医療費 「県老低1」(本人負担1割で低所得者Ⅰ区分の患者に適用) 「県老低2」(本人負担1割で低所得者Ⅱ区分の患者に適用) 「県老1割」(本人負担1割で所得一般の患者に適用) 「県老2割」(本人負担2割の患者に適用)  
 ※平成26年3月以前で1割負担の患者は経過措置として74歳まで継続して1割負担となる市町村があります。新たに老人医療となる方は2割負担。
- 重度心身障害者医療費 「県障一般」(課税世帯の患者に適用) 「県障上位」(一定以上の所得者の患者に適用) 「県障低1」「県障低2」(非課税世帯の患者に適用) 「県障老齢」(特殊な助成患者に適用)  
 「県障後期」「障老後期」(後期高齢者の場合、レセプト一部負担金は10円単位となります。)
- 子ども医療費 「県乳課税」(県助成の公費で、0歳児に課税所得家庭に適用。外来530円上限負担/回、月4回。入院1200円上限負担/日、食事助成無し) ※平成22年4月廃止  
 「県乳非課」(県助成の公費で、0歳児の非課税低所得家庭に適用。外来530円上限負担/回、月4回。入院1200円上限負担/日、食事助成有り) ※平成22年4月廃止  
 「県子課税」(県助成の公費で、課税所得家庭の12歳以下に適用。外来530円上限負担/回、月4回。入院1200円上限負担/日、食事助成無し)  
 「県子非課」(県助成の公費で、非課税低所得家庭の12歳以下に適用。外来530円上限負担/回、月4回。入院1200円上限負担/日、食事助成有り)  
 「単子課税」(県幼に対する市町村毎の拡大支給助成。年齢上限の拡大、所得制限の緩和、等が市町村毎に異なるため、窓口運用に留意下さい。課税所得家庭に適用)  
 「単子非課」(県幼に対する市町村毎の拡大支給助成。年齢上限の拡大、所得制限の緩和、等が市町村毎に異なるため、窓口運用に留意下さい。非課税低所得家庭に適用)  
 「単子特別」(市町村によって患者負担がない法別91の制度があり、法別65+法別91など2つ公費を持つようです。レセプト請求。南魚沼市乳幼児は平成23年4月より負担者番号が発行されレセプト請求へ変更された為、こちらをご使用ください。)  
 「単子特食」(市町村によって患者負担がない法別91の制度があり、法別65+法別91など2つ公費を持つようです。レセプト請求。食事を助成する場合、こちらをご使用ください。)  
 「単子1負」(聖籠町等の市町村によって1日のみ患者負担があり、2日目以降は助成を行う法別91の制度。法別90+法別91と2つの公費を持つようです。レセプト請求。外来のみの制度です。) ※平成27年4月制度開始  
 「子入負無」(佐渡市、魚沼市の市町村によって入院の患者負担が無い法別91の制度。法別90+法別91等2つの公費を持つようです。レセプト請求。入院のみ助成対象の制度です。) ※平成27年9月制度開始
- ひとり親家族等医療費 「県親一般」(課税世帯の患者に適用) 「県親上位」(一定以上の所得者の患者に適用) 「県親低1」「県親低2」(非課税世帯の患者に適用) 「県親老齢」(特殊な助成患者に適用)

保険番号マスク (新潟県15)

| 番号 | 設定項目名         | 制度名 | 高額療養費委任払 |        |        |        |        |        |        |        |        |      |       |       |       |       | 南魚沼市   |       |      | 新潟市  |       |       |       |       |      |       |   |
|----|---------------|-----|----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|------|------|-------|-------|-------|-------|------|-------|---|
|    |               |     |          |        |        |        |        |        |        |        |        |      |       |       |       |       | 乳児幼児   |       |      | 老人   | 重度障害  | ひとり親  | 子ども   | 妊産婦   |      |       |   |
| 1  | 保険番号          |     | 180      | 280    | 182    | 282    | 184    | 284    | 186    | 286    | 100    | 170  | 171   | 172   | 174   | 175   | 177    | 178   | 463  | 465  | 490   | 660   | 661   | 664   | 690  | 292   |   |
| 2  | 法別番号          |     | 80       | 80     | 82     | 82     | 84     | 84     | 86     | 86     | 00     | 70   | 71    | 72    | 74    | 75    | 77     | 78    | 63   | 65   | 90    | 60    | 61    | 64    | 90   | 92    |   |
| 3  | 短縮制度名         |     | 非課税1     | 半非課税1  | 非課税2   | 半非課税2  | 一般     | 半一般    | 上位     | 半上位    | 免除     | 免除   | 非課税   | 非課税多数 | 一般    | 一般多数  | 上位     | 上位多数  | 魚沼乳補 | 魚沼幼補 | 魚沼単補  | 老人    | 障害    | ひとり親  | 子ども  | 妊産婦   |   |
| 4  | 保険公費種別区分      |     | 7        | 7      | 7      | 7      | 7      | 7      | 7      | 7      | 7      | 7    | 7     | 7     | 7     | 7     | 7      | 7     | 7    | 7    | 7     | 7     | 7     | 7     | 7    | 7     |   |
| 5  | 法別番号チェック区分    |     | 0        | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0    | 0     | 0     | 0     | 0     | 0      | 0     | 0    | 0    | 0     | 0     | 0     | 0     | 0    | 0     |   |
| 6  | 検証番号チェック区分    |     | 2        | 2      | 2      | 2      | 2      | 2      | 2      | 2      | 2      | 2    | 2     | 2     | 2     | 2     | 2      | 2     | 2    | 2    | 2     | 2     | 2     | 2     | 2    | 2     |   |
| 7  | 受給者検証番号チェック区分 |     | 2        | 2      | 2      | 2      | 2      | 2      | 2      | 2      | 2      | 2    | 2     | 2     | 2     | 2     | 2      | 2     | 2    | 2    | 2     | 2     | 2     | 2     | 2    | 2     |   |
| 8  | 公費主保区分        |     | 3        | 3      | 3      | 3      | 3      | 3      | 3      | 3      | 3      | 3    | 3     | 3     | 3     | 3     | 3      | 3     | 2    | 2    | 2     | 3     | 3     | 3     | 3    | 3     |   |
| 9  | 年齢(開始-終了)     |     | 70-999   | 70-999 | 70-999 | 70-999 | 70-999 | 70-999 | 70-999 | 70-999 | 70-999 | 0-70 | 0-70  | 0-70  | 0-70  | 0-70  | 0-70   | 0-70  | 0    | 1-3  | 1-3   | 65-69 | 0-999 | 0-999 | 0-12 | 0-999 |   |
| 10 | 点数単価          |     | 10       | 10     | 10     | 10     | 10     | 10     | 10     | 10     | 10     | 10   | 10    | 10    | 10    | 10    | 10     | 10    | 10   | 10   | 10    | 10    | 10    | 10    | 10   |       |   |
| 11 | レセプト負担金額      |     | 1        | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 1    | 1     | 1     | 1     | 1     | 1      | 2     | 2    | 2    | 2     | 2     | 2     | 2     | 2    |       |   |
| 12 | レセプト請求(印刷)    |     | 2        | 2      | 2      | 2      | 2      | 2      | 2      | 2      | 2      | 2    | 2     | 2     | 2     | 2     | 2      | 3     | 3    | 3    | 0     | 0     | 0     | 0     | 0    |       |   |
| 13 | レセプト記載        |     | 0        | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0    | 0     | 0     | 0     | 0     | 0      | 0     | 0    | 0    | 0     | 0     | 0     | 0     | 0    |       |   |
| ※  | 所得情報          |     |          |        |        |        |        |        |        |        |        |      |       |       |       |       |        |       |      |      |       |       |       |       | 本人   | 低所得   |   |
| 14 | 外来負担区分        |     | 1        | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 2      | 1    | 1     | 1     | 1     | 1     | 1      | 2     | 2    | 2    | 1     | 1     | 1     | 1     | 1    | 1     |   |
| 15 | 1回負担割合        |     | 0        | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0    | 0     | 0     | 0     | 0     | 0      | 0     | 0    | 0    | 10    | 0     | 0     | 0     | 0    | 0     |   |
| 16 | 1回固定額         |     | 0        | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0    | 0     | 0     | 0     | 0     | 0      | 0     | 0    | 0    | 0     | 0     | 0     | 0     | 0    | 0     |   |
| 17 | 1回上限額         |     | 0        | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0    | 0     | 0     | 0     | 0     | 0      | 0     | 0    | 0    | 0     | 0     | 0     | 0     | 0    | 0     |   |
| 18 | 1日上限額         |     | 0        | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0    | 0     | 0     | 0     | 0     | 0      | 0     | 0    | 0    | 0     | 530   | 530   | 530   | 530  | 530   |   |
| 19 | 1日上限回数        |     | 0        | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0    | 0     | 0     | 0     | 0     | 0      | 0     | 0    | 0    | 0     | 0     | 0     | 0     | 0    | 0     |   |
| 20 | 1月院内上限額       |     | 8000     | 4000   | 8000   | 4000   | 12000  | 6000   | 44400  | 22200  | 0      | 0    | 35400 | 24600 | 80100 | 44400 | 150000 | 83400 | 0    | 0    | 0     | 0     | 0     | 0     | 0    | 0     | 0 |
| 21 | 1月院外上限額       |     | 8000     | 4000   | 8000   | 4000   | 12000  | 6000   | 44400  | 22200  | 0      | 0    | 35400 | 24600 | 80100 | 44400 | 150000 | 83400 | 0    | 0    | 0     | 0     | 0     | 0     | 0    | 0     | 0 |
| 22 | 1月上限回数        |     | 0        | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0    | 0     | 0     | 0     | 0     | 0      | 0     | 0    | 0    | 0     | 4     | 4     | 4     | 4    | 4     |   |
| 23 | 薬剤負担          |     | 0        | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0    | 0     | 0     | 0     | 0     | 0      | 0     | 0    | 0    | 0     | 0     | 0     | 0     | 0    | 0     |   |
| 24 | 入院負担区分        |     | 0        | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0    | 0     | 0     | 0     | 0     | 0      | 2     | 2    | 2    | 1     | 1     | 1     | 1     | 1    | 1     |   |
| 25 | 1回負担割合        |     | 0        | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0    | 0     | 0     | 0     | 0     | 0      | 0     | 0    | 0    | 10    | 0     | 0     | 0     | 0    | 0     |   |
| 26 | 1回固定額         |     | 0        | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0    | 0     | 0     | 0     | 0     | 0      | 0     | 0    | 0    | 0     | 0     | 0     | 0     | 0    | 0     |   |
| 27 | 1回上限額         |     | 0        | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0    | 0     | 0     | 0     | 0     | 0      | 0     | 0    | 0    | 0     | 0     | 0     | 0     | 0    | 0     |   |
| 28 | 1日上限額         |     | 0        | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0    | 0     | 0     | 0     | 0     | 0      | 0     | 0    | 0    | 0     | 1200  | 1200  | 1200  | 1200 | 1200  |   |
| 29 | 1日上限回数        |     | 0        | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0    | 0     | 0     | 0     | 0     | 0      | 0     | 0    | 0    | 0     | 0     | 0     | 0     | 0    | 0     |   |
| 30 | 1月上限額         |     | 0        | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0    | 0     | 0     | 0     | 0     | 0      | 0     | 0    | 0    | 12000 | 0     | 0     | 0     | 0    | 0     |   |
| 31 | 1月上限回数        |     | 0        | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0    | 0     | 0     | 0     | 0     | 0      | 0     | 0    | 0    | 0     | 0     | 0     | 0     | 0    | 0     |   |
| 32 | 1日食事助成額       |     | 0        | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0    | 0     | 0     | 0     | 0     | 0      | 0     | 0    | 0    | 0     | 0     | 0     | 0     | 0    | 0     |   |
| 33 | 食事療養費         |     | 0        | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0    | 0     | 0     | 0     | 0     | 0      | 1     | 1    | 1    | 1     | 1     | 1     | 1     | 1    | 1     |   |

(注) 高額療養費委任払制度

後期高齢者、国保前期高齢者の患者に限って、高額療養費の上限額を窓口負担とする、医療機関での現物給付代行制度への対応です。法別70番台で70歳未満も対象のようです。

月中で前期高齢者から後期高齢者と保険変更がある場合、月の上限額はそれぞれ半額になります。※平成23年4月よりレセプト請求となるようです。

「非課税1」「半非課税1」(自己負担限度額に「非課税世帯Ⅰ」と記載されている場合に適用)

「非課税2」「半非課税2」(自己負担限度額に「非課税世帯Ⅱ」と記載されている場合に適用)

「一般」「半一般」(自己負担限度額に「課税世帯(一般)」と記載されている場合に適用)

「上位」「半上位」(自己負担限度額に「課税世帯(上位所得者)」と記載されている場合に適用)

「免除」(自己負担限度額に「免除」と記載されている場合に適用)

保険番号170,171,172,174,175,177,178は70歳未満の高額療養費委任払の方が対象です。

★ 南魚沼市 (平成19年4月制度開始、平成23年4月レセプト請求へ変更)

乳幼児

「魚沼乳補」(窓口負担はないですがレセプトに一部負担金の記載が必要のために 163と組み合わせ使用) ※平成23年4月より負担者番号が発行されレセプト請求へ変更の為、保険番号191をご使用ください

※不要な保険組み合わせを制限するため限定保険番号に163を入れてください。

「魚沼幼補」(窓口負担はないですがレセプトに一部負担金の記載が必要のために 165と組み合わせ使用) ※平成23年4月より負担者番号が発行されレセプト請求へ変更の為、保険番号191をご使用ください

※不要な保険組み合わせを制限するため限定保険番号に165を入れてください。

「魚沼単補」(窓口負担はないですがレセプトに一部負担金の記載が必要のために 190と組み合わせ使用) ※平成23年4月より負担者番号が発行されレセプト請求へ変更の為、保険番号191をご使用ください

※不要な保険組み合わせを制限するため限定保険番号に190を入れてください。

★ 新潟市 (平成22年4月)

「老人」「障害」「ひとり親」「子ども」(平成22年4月より社保もレセプト請求となる。※平成23年4月より県も社保をレセプト請求へ変更した為、県と同制度となる)

「妊産婦」(外来530円上限負担/回、月4回。入院1200円上限負担/日、食事助成無し。)※平成28年9月より社保がレセプト請求へ変更。

※加茂市(平成29年3月)、長岡市(平成29年4月)も同制度で非課税世帯は食事療養費を助成するようです。加茂・長岡市の場合は低所得タブの設定が必要です。

※平成22年4月、県乳(法別63)の制度が県子(法別65)と統合(県乳の制度廃止)

※平成23年4月、老人、障害、ひとり親、子どもにて社保もレセプト請求へ変更、高額療養費委任払の国保についてレセプト請求へ変更