

鳥医受第825号

平成15年10月29日

各 医 療 機 関 御 中

鳥 取 県 医 師 会 長

長 田 昭 夫

特別医療費助成制度の請求書様式の一部改正について

標記の件について、別紙のとおり請求様式を一部変更する旨、県障害福祉課長から通知がありましたのでお知らせ致します。

改正内容をご一読のうえ、診療報酬請求にあたり参考にしてください。

【改正の概要】

- 平成15年10月1日から入院時の食事療養費の本人負担分の助成が原則廃止されました。
- これに伴い特別医療費請求書が別紙のとおり改正されました。(旧請求様式を取り繕っての使用も可能ですが、できるだけ速やかに新様式への移行をお願いします。)

様式第5号の1 (第7条関係)

1	2
5	3

有効期間	平成	年	月
	平成	年	月

1 身障	2 重度	3 ひとり 親家庭	4 4歳未満 (入院・通 院)	5 特定疾病	6 4歳～ 就学前 (入院)	7 精神
---------	---------	-----------------	--------------------------	-----------	-------------------------	---------

特別医療費請求書 (社会保険用)

鳥 取 県

市町村
コード

4				9
---	--	--	--	---

様

医療機関 コード	10				16
平成 年 月					
医療機関等の所在地及び名称 開設者氏名					

平成	17	18	19	20	21	1	入院	診療分
						2	入院外	

の診療行為は以下のとおりであることを証し、特別医療費を下記のとおり請求します。

特別医療費 受給資格証 記号番号	22					28	受給者名	男				
被保険者証 記号番号							保険種別	明・大・昭・平 年 政健(日雇)組健 船員主				
							保険者名	番号	87			
								名称				
特定疾病及び 精神(通院)の 医療機関名							特定疾病名					
① 保険負担割合	29						7割 ・ 8割 ・ 9割 ・ 10割					
入院	入院日数()日間 平成 年 月 日～ 平成 年 月 日			入院外	診療日数()日間							
② 総点数	31				38点	③ 結予等公費負担点数	39					
④ 薬剤一部負担金	47	円										
⑤ 受給者支払額	52	円		56 通院 530 円 ×	回	58 入院 1,200 円 ×	日	62 入院 500 円 ×				
⑥ 標準負担額	64	日						66	円			
⑦ 特別医療費 請求額	72 ⑦ = [(② - ③) × (10 - ①)] + ④ + ⑥ - ⑤ + ③ × 0.5						円	決 定 額	※			

※ 81～98まで該当する項目すべてに○印を記入してください。

長期の者は、自己負担額が10,000円を超える場合のみ、「83 長期」に○印を記入してください。

「85 減額認定」は、標準負担額が生じる場合(注3参照)のみ、○印を記入してください。

81 老人	82 退職	83 長期	84 更生 公費15	85 育成 公費16
95 減額 認定	96 在 総 診	97 特定 公費51	98 3歳 未満	

- (注) 1. 該当する項目をもれなく記入してください。ただし、※決定請求額欄は記入しないでください。
2. 制度「1 身障」、「2 重度」及び「7 精神」に該当する者(老人保健法による医療を受ける者を含む)給付者支払額が生じませんので、⑤受給者支払額欄は記入しないでください。
3. 「⑥ 標準負担額」が生じるのは、「標準負担額減額認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」を受けている者が、入院時食事療養を受けた場合のみです。
4. 結予等公費負担(公費10、公費21)に係る自己負担額は、1円未満切り捨てです。
5. 特定疾病に該当する者の医療の場合は、②総点数欄には、受給資格証に記載されている特定疾病の治癒の点数を記入してください。

様式第5号の2 (第7条関係)

1	2
5	2

有効期間	平成	年	月	日
	平成	年	月	日

1 身障	2 重度	3 ひとり 親家庭	4 4歳未満 (入院・通 院)	5 特定疾病	6 4歳～ 就学前 (入院)	7 精神
---------	---------	-----------------	--------------------------	-----------	-------------------------	---------

特別医療費請求書 (国保用)

鳥 取 県

市町村
コード

4				9
---	--	--	--	---

平成 年 月 日

医療機関
コード

10				16
----	--	--	--	----

医療機関等の所在地及び名称
開設者氏名

様

平成 17 18 19 20 21 1 2 月 年

入院
診療分
入院外

の診療行為は以下のとおりであることを証明し、特別医療費を下記のとおり請求します。

特別医療費 受給資格証 記号番号	22				28	受給者名	男 明・大・昭・平 年生
被保険者証 記号番号						保険種別	国保 (退職者) (国組)
						保険者名	番号 87 名称
特定疾病及び 精神(通院)の 医療機関名						特定疾病名	
① 保険負担割合	29	7割	8割	9割	10割		
入院	入院日数 () 日間 平成 年 月 日 ~ 日	入院外	診療日数 () 日間				
② 総点数	31				38点	③ 結予等公費負担点数	39
④ 薬剤一部負担金	47						
⑤ 受給者支払額	52	56 通院 530 円 ×	58 入院 1,200 円 ×	62 入院 500 円 ×			
⑥ 標準負担額	64		66				
⑦ 特別医療費 請求額	72	⑦ = [(② - ③) × (10 - ①)] + ④ + ⑥ - ⑤ + ③ × 0.5				決 定 額	※

※ 81～98まで該当する項目すべてに○印を記入してください。
長期の者は、自己負担額が10,000円を超える場合のみ、「83 長期」に○印を記入してください。
「95 減額認定」は、標準負担額が生じる場合(注3参照)のみ、○印を記入してください。

81 老人	82 退職	83 長期	84 更生 公費15	85 育成 公費16
95 減額 認定	96 在 院 診	97 特定 公費51	98 3歳 未満	

- (注) 1. 該当する項目をもれなく記入してください。ただし、※決定請求額欄は記入しないでください。
2. 制度「1 身障」、「2 重度」及び「7 精神」に該当する者(老人保健法による医療を受ける者を含む)給者支払額が生じませんので、⑤受給者支払額欄は記入しないでください。
3. 「⑥ 標準負担額」が生じるのは、「標準負担額減額認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」を受けている者が、入院時食事療養を受けた場合のみです。
4. 結予等公費負担(公費10、公費21)に係る自己負担額は、1円未満切り捨てです。
5. 特定疾病に該当する者の医療の場合は、②総点数欄には、受給資格証に記載されている特定疾病の治の点数を記入してください。

特別医療費請求書の変更について（医療機関用）

- 1 請求書の変更箇所について
変更箇所は、下表のとおりです。

	変 更 前	変 更 後
1	7 精 神 (入院) 8 精 神 (通院)	7 精 神 に一本化。
2	診療日数 ()日間 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	診療日数 ()日間
3	⑦ 特別医療費 請求額 $72⑦ = [(② - ③) \times (10 - ①)] + ④ + ⑤ - ⑥$ 円	⑦ 特別医療費 請求額 $72⑦ = [(② - ③) \times (10 - ①)] + ④ + ⑤ - ⑥ + ③ \times 0.5$ 円
4	80 本人 81 老人 82 退職 83 長期 84 更生 85 育成 86 高齢	81 老人 82 退職 83 長期 84 更生 公費15 85 育成 公費16 86 高齢 87 減額認定 88 在宅 診療 89 特定疾患 公費41 90 3歳 未満
5	(注意書き) (注)1. 該当する項目をもれなく記入してください。 ただし、※決定請求額欄は記入しないでください。 2. ③結予等公費負担点数欄には、公費負担対象総点数（精神通院公費負担を含む）を記入してください。 3. 老人保健法適用者・高齢受給者証所持者で入院及び在宅診療・在宅診療患者については、診療報酬明細書の一部負担金と標準負担額の合計から受給者支払額を控除した額を⑦特別医療費請求額として記入してください。（老人保健法適用者・高齢受給者証所持者で通院の場合は⑦の計算式のとおり。） 4. 老人保健法適用者は、「老人」欄、退職者被保険者で被保険者本人の場合は、「本人」欄及び「退職」欄に、並びに家族の場合は、「退職」欄のみ、特定疾病療養費受給証所持者は、「長期」欄、更生医療適用者は、「更生」欄、育成医療適用者は、「育成」欄、高齢受給者証所持者（70歳以上で老人保健法適用者以外）は、「高齢」欄にそれぞれ該当するところに○印を記入してください。	(注意書き) ※ 81～98まで該当する項目すべてに○印を記入してください。 長期の者は、標準負担額を除く自己負担額が1000円を超える場合のみ、「83 長期」に○印を記入してください。 「95 減額認定」は、標準負担額が生じる場合（3参照）のみ、○印を記入してください。 (注)1. 該当する項目をもれなく記入してください。 ただし、※決定請求額欄は記入しないでください。 2. 制度「1 身障」、「2 重度」及び「7 精神」に該当する者（老人保健法による医療を受け者を含む）は、受給者支払額が生じませんので⑥受給者支払額欄は記入しないでください。 3. 標準負担額が生じるのは、標準負担額減額認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の付を受けている者が、入院時食事療養を受け場合のみです。 4. 結予等公費負担（公費10、公費21）に係る自己負担額は、1円未満切り捨てです。

変 更 前	変 更 後
5. 身障、重度及び精神に該当する者(老人保健法による医療を受ける者を含む)は、受給者支払額が生じませんので、⑤受給者支払額欄は記入しないでください。 6. 特定疾病に該当する者の医療の場合は、②総点数欄には、受給資格証に記載されている特定疾病の治療のみの点数を記入してください。	6. 特定疾病に該当する者の医療の場合は、②総点数欄には、受給資格証に記載されている特定疾病の治療のみの点数を記入してください。

2 記載方法について

(1) 新しく、下段に「

95 減額認定	96 在宅診	97 特定疾患 公費51	98 3歳未満
------------	-----------	--------------------	------------

」欄を設けましたので、次のとおり○印を記してください。

- ① 標準負担額が生じる場合のみ、「95 減額認定」欄に○印を記入してください。
標準負担額が生じるのは、標準負担減額認定証または限度額適用・標準負担減額認定証交付を受けている者が、入院時食事療養を受けた場合のみです。
- ② 在宅総合診療患者は、「96 在宅診」欄に○印を記入してください。
- ③ 特定疾患(公費51)の場合は、請求額が生じる場合のみ、「97 特定疾患」欄に○印を記入してください。
- ④ 3歳未満の場合は、「98 3歳未満」欄に○印を記入してください。

なお、「

80 本人

」欄は必要としないので、削除しました。

(2) 「保険者名」の「番号」欄に記入漏れがないようにしてください。

退職の場合は、最初に67を記入してください。⇒

番号	87	94
	6	7

- (3) 「診療日数()日間」欄の診療日(1・2・3・……・31)の記載は削除しました。
- (4) 結予等公費負担(公費10、公費21)に係る自己負担額は、**1円未満切り捨て**です。
- (5) 「⑤ 受給者支払額」欄については、受給者支払額とその内容の関係は次のとおりです。
(支払額は10円単位です。)

受給者支払額 = 「52 円」 + 「56通院530円× 回」 + 「58入院1,200円× 日」
+ 「62入院500円× 日」

【記入例1】(支払額が、通院1回目420円、2回目530円、3回目510円の場合)

⑤	52	56	58	62
受給者支払額	930 円	通院530円× 1回	入院1,200× 日	入院500円× 日
	420円+510円			

【記入例2】(支払額が、入院初日～5日目まで1日1,200円、6日目1,080円、7日目930円の場合)

⑤	52	56	58	62
受給者支払額	2,010 円	通院530円× 回	入院1,200× 5日	入院500円× 日
	1,080円+930円			

(6) 「

入院外	診療日数 () 日間
-----	--------------------

」欄が4日間以内の場合、「⑤ 受給者支払額」のうち「⁵²

欄のみに記入があるときは、特別医療費請求額は発生しません。

(7) 「⑦ 特別医療費請求額」の計算においては、「 $⑦ = \{ (② - ③) \times (10 - ①) \} + ④ + ⑥ - ⑤ \pm ③ \times 0.5$ 」に御注意ください。

(8) その他の記載方法については、これまでと同じです。

3 実施時期

平成15年10月診療分から

4 旧様式の取り扱いについて

旧様式は、暫時、使用可能としますが、できるだけ速やかに新様式に移行してください。

旧様式を使用するときで、該当ある場合は、

95 減額 認定	96 在 線 診	97 特定医療 公費51	98 3歳 未満
----------------	-------------------	--------------------	----------------

欄を加筆して○印
記入してください。

5 平成15年9月分以前（月遅れ）の請求について

旧様式、新様式どちらの請求書を使用してもかまいません。

1	2
5	3

有効期間	平成	年	月	日から
	平成	年	月	日まで

1	2	3	4	5	6	7
身障	重度	ひとり暮らし	4歳未満 (入院・通院)	特定疾病	4歳~就学前 (入院)	精神

特別医療費請求書

(社会保険用)

鳥取県

市町村

4				9
---	--	--	--	---

様

医療機関 コード	10				16
医療機関等の所在地及び名称 開設者氏名					
印					

17	18	19	20	21	1	入院	診療分
平成 年 月					2	入院外	

の診療行為は以下のとおりであることを証明
し、特別医療費を下記のとおり請求します。

特別医療費 受給資格証 記号番号	22					28	受給者名	男・女
							明・大・昭・平	年生
被保険者証 記号番号						保険種別	政健(日雇)組健船員共済	
						保険者名	番号 名称	
特定疾病及び 精神(通院)の 医療機関名						特定疾病 病名		
① 保険負担割合	29	7割・8割・9割・10割						
入院	入院日数()日間 平成 年 月 日~ 平成 年 月 日	入院外	診療日数 ()日間					
② 総点数	31					38 ③ 結了等公費負担点数	39	45 点
④ 薬剤一部負担金	47	円						
⑤ 受給者支払額	52	円 通院530円× 回 入院1,200円× 日 入院500円× 日						
⑥ 標準負担額	64	円						
⑦ 特別医療費 請求額	72	⑦ ①-[(②-③)×(10-①)]+④+⑥-⑤ +③×0.5					円	※ 決定額

※ 81~98まで該当する項目すべてに○印を記入してください。

長期の者は、自己負担額が10,000円を超える場合のみ、「83 長期」に○印を記入してください。

「95 減額認定」は、標準負担額が生じる場合(注3参照)のみ、○印を記入してください。

81 老人	82 退職	83 長期	84 更生 公費16	85 育成 公費16	86 高齢
95 減額 認定	96 在宅診	97 特定疾患 公費61	98 3歳 未満		

- (注) 1. 該当する項目をもれなく記入してください。ただし、※決定請求額は記入しないでください。
2. 制度「1 身障」、「2 重度」及び「7 精神」に該当する者(老人保健法による医療を受ける者を含む)は、受給者支払額が生じませんので、⑤受給者支払額欄は記入しないでください。
3. 「⑥ 標準負担額」が生じるのは、「標準負担額減額認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」の交付を受けている者が、入院時食事療養を受けた場合のみです。
4. 結了等公費負担(公費10、公費21)に係る自己負担額は、1円未満切り捨てです。
5. 特定疾病に該当する者の医療の場合は、②総点数欄には、受給資格証に記載されている特定疾病の治療のみの点数を記入してください。

1	2
5	2

有効期間	平成	年	月	日から
	平成	年	月	日まで

1
身 障

2
重 度

3
ひとり親家庭

4
4歳未満 (入院・通院)

5
特定疾病

6
4歳~就学前 (入院)

7
精 神

特別医療費請求書

(国保用)

鳥 取 県

市 町 村
コ ー ド

4				9
---	--	--	--	---

様

平成 年 月 日

医療機関
コ ー ド

10				16
----	--	--	--	----

医療機関等の所在地及び名称
開 設 者 氏 名

印

17	18	19	20	21	1
平成	年	月			入院
				2	入院外

診療分

の診療行為は以下のとおりであることを証明
し、特別医療費を下記のとおり請求します。

特別医療費 受給資格証 記 号 番 号	22					28	受 給 者 氏 名	男・女
被保険者証 記 号 番 号							保 険 種 別	明・大・昭・平 年生 国 保 (退職者) (国 組)
特定疾病及び 精神(通院)の 医療機関名							保 険 者 名	番号 名称
							特 定 疾 病 病 名	
① 保 険 負 担 割 合	29						7割	8割
							9割	10割
入 院	入院日数()日間 平成 年 月 日~ 平成 年 月 日	入院外	診療日数 ()日間					
② 総 点 数	31					38	③ 結 算 等 公 費 負 担 点 数	39
								45
④ 薬剤一部負担金	47						円	
⑤ 受給者支払額	52					55	円 通院530円×	58
							回 入院1,200円×	62
							日 入院500円×	日
⑥ 標準負担額	64						日	66
							円	
⑦ 特別医療費 請求額	72	⑦-①(②-③)×(10-①)+④+⑥-⑤ +⑧×0.5					円	※ 決 定 額 請求額
								円

※ 81~98まで該当する項目すべてに○印を記入してください。

長期の者は、自己負担額が10,000円を超える場合のみ、「83長期」に○印を記入してください。

「95減額認定」は、標準負担額が生じる場合(注3参照)のみ、○印を記入してください。

81 老人	82 退職	83 長期	84 更生 公費15	85 育成 公費15	86 高齢
95 減額 認定	96 在院診	97 特定疾患 公費51	98 3歳 未満		

- (注) 1. 該当する項目をもれなく記入してください。ただし、※決定請求額欄は記入しないでください。
2. 制度「1身障」、「2重度」及び「7精神」に該当する者(老人保健法による医療を受ける者を含む)は、受給者支払額が生じませんので、⑤受給者支払額欄は記入しないでください。
3. 「⑥標準負担額」が生じるのは、「標準負担額減額認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」の交付を受けている者が、入院時食事療養を受けた場合のみです。
4. 結算等公費負担(公費10、公費21)に係る自己負担額は、1円未満切り捨てです。
5. 特定疾病に該当する者の医療の場合は、②総点数欄には、受給資格証に記載されている特定疾病の治療のみの点数を記入してください。