

岡山県公費負担医療制度見直しに係るQ & A

Q 1	・岡山県の公費負担制度は、最終的に無料か定率1割になり、定率4%という取扱いはなくなったのか。
A	・お見込みのとおり。 ・県の制度としては3歳未満は定率4%負担となりますが、県下すべての市町村が無料化を決定したため、定率4%という取扱いはなくなります。(4%部分は市町村が負担すること。)
Q 2	・赤磐市の小学1～3年生の定率1割負担は、心身障害者(80)やひとり親家庭(86)と取扱いは同じか。
A	・同じ取扱いとなります。 ・就学前までの乳幼児には「白色」の受給資格者証、小学生には「黄色」の受給資格者証が赤磐市から交付されますので、その証を見て区別して徴収くださいますようお願いいたします。
Q 3	・国公費による一部負担限度額が、単県医療制度の一部負担限度額よりも低額の場合は、単県医療制度の法別番号等(80など)はレセプトに記載する必要はないのか。
A	・国公費による一部負担限度額が単県医療制度の一部負担限度額よりも低額の場合など、 単県医療費(80など)が発生しないときがありますが、その場合であっても、単県医療制度の法別番号(80)や「一部負担金」欄等は必ず記入くださる ようお願いします。(レセプト記載要領をご覧ください。) ・対象者が当月に支払った一部負担金をすべて合算して、限度額を超える額を後から市町村が償還給付することとしており、対象者のすべてのレセプトデータが必要となるためです。 (なお、この取扱いについては、国保連合会、支払基金とも調整済みです。)
Q 4	・岡山県老人(41)の場合、従前の取扱いでは「一部負担金額」欄には窓口支払額を記載していたが、平成18年10月から変更となるのか。
A	・平成18年10月1日から、単県医療制度(41, 80, 85, 86)において一部負担金額に端数が生じた場合、「一部負担金額」欄には10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金額を記載してください。 →詳しくは、レセプトの記載要領をご覧ください。
Q 5	・保険薬局において、同じ対象者に対し複数の医療機関から処方せんが発行されることがあるが、その場合もレセプト単位の一部負担限度額となるのか。
A	・ご質問の例の場合、 調剤レセプト単位ではなく、対象者単位の一部負担限度額として取り扱ってください。 →詳しくは、調剤レセプトの記載要領をご覧ください。
Q 6	・旧総合病院において、複数の診療科を受診した場合の一部負担限度額の取扱いはどうなるのか。
A	・レセプト単位の一部負担限度額として取り扱ってください。
Q 7	・「一定以上」の入院の一部負担限度額が「80, 100円+1%」となっているが、1%の計算方法は、高額療養費(医療保険の自己負担限度額)と同じと考えてよいのか。
A	・80・85・86については、高額療養費(医療保険の自己負担限度額)の計算とは異なりますので、ご注意ください。 計算式は下記のとおりです。なお、()内の結果がマイナスとなる場合は「0」として計算してください。 【計算式】 $80,100円 + (医療費総額 - 801,000円(乳幼児医療の3歳未満対象者は2,002,500円)) \times 1\%$ ・また、上記の計算において1円未満の端数については四捨五入してください。 ・したがって、この場合の窓口徴収額は1円単位となります。

岡山県公費負担医療制度見直しに係るQ & A

Q 8	・同じ対象者が複数の単県医療制度の受給資格証を有することはないと聞いているが、同じ人が単県医療制度(41, 80, 85, 86)の受給者証を2枚以上持つことはないということで間違いないか。
A	・同じ対象者が複数の単県医療制度の受給資格証を有することはありませんので、対象者から複数の証を呈示された場合は、該当の市町村へお問い合わせください。
Q 9	・単県老人医療(41)は、「一部負担金額」欄の記入方法が、従前の窓口徴収額(10円未満四捨五入)から1円単位(四捨五入する前)の額を記載する方法へ変更されているが、9月診療分以前の月遅れ請求分はどちらで記載すればよいのか。
A	・9月診療分以前の月遅れ請求分は、従前どおり、窓口徴収額を記載してください。
Q 10	・従前、心身障害者医療(80)は、社保分レセプトに(障)と記載しているが、10月診療分以降もこの記載は必要なのか。
A	・10月診療分以降は、(障)の記載は不要となります。
Q 11	・診療報酬請求書に記載する一部負担金額は、レセプトに記載した一部負担金額の合計を記載するのか、それとも、医療機関の窓口で徴収した一部負担金額の合計を記載するのか。
A	・レセプトに記載した一部負担金額の合計を記載してください。
Q 12	・旧総合病院において複数の診療科を受診した場合は、レセプト単位の一部負担金限度額として取扱う、とあるが、低所得Ⅰの患者の場合、外来受診で1000円徴収した後、同月に入院したときは、入院に係る一部負担金は、外来と合算して5000円(=6000円-1000円)となるのか。
A	・違います。 ・レセプト単位となりますので、外来のレセプトで1000円までの限度額、入院のレセプトで6000円までの限度額となります。
Q 13	・県の記載要領によれば「請求点数は省略せず、必ず記入するようにしてください。」とある。これについて、レセプトコンピューターのプログラム開発のための猶予期間はないのか。 ・猶予期間がないとすれば、医療機関の方へ手書きを依頼しなければならないのか。 ・OCRエリアについてもすべて印字することによいのか。
A	・単県医療制度の請求点数については、総点数と同点数となるが記載をお願いしたい。 また、OCRエリアについても同様に印字していただきたい。 ・ただし、レセコン上対応に時間を要する場合は、当面、記載できなくともやむを得ないこととしたい。 ・したがって、当面、医療機関が手書きする必要はなく、また、OCRエリアについても同様とします。
Q 14	・平成18年10月1日以降、受給資格証を必ず確認するようと言われているが、乳幼児医療(85)についても証は切り替わるのか。
A	・乳幼児医療(85)については、対象年齢に変更がなく、自己負担も無料の場合は、受給資格証の切り替えを行わない市町村もあります。(従来どおり白色の証となります。)