

平成24年5月2日

保険医療機関（医科）の皆様へ

「診療報酬請求書の記載要領等について」等の一部改正
に伴う留意事項について

平成24年4月1日から、従来の入院療養に加え、外来療養についても、同一医療機関での同一月の窓口負担が自己負担限度額を超える場合には、患者が高額療養費を事後に申請して受給する手続きに代えて、保険者から医療機関に支給することで、窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめる現物給付化が実施されました。

これに伴い、「診療報酬請求書の記載要領等について」が一部改正され、外来において高額療養費が現物給付（別紙の自己限度額を超えた場合）された場合には、「一部負担金額」欄に支払いを受けた一部負担金の額を記載することになりましたので、ご注意ください。

また、従来、高齢受給者については「在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した診療報酬明細書」の集計は、食事療養欄に別掲としていましたが、24年4月診療分以降については、療養の給付にまとめて請求をお願いいたします。

記

- 1 「限度額適用認定書」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」の提示があった者
- 2 70歳以上75歳未満の非課税世帯等ではない方で「高齢受給者証」を提示した者
- 3 75歳以上の非課税世帯等ではない方で「後期高齢者医療被保険者証」を提示した者

高額療養費の現物給付化における所得区分

参考 1

【70歳未満・入院・外来】

	要件	自己負担限度額(1月当たり)
上位 所得者	基礎控除後の総所得金額等の合計 が 600 万円を超える世帯(国保加入 者に限る)	150,000 円+(医療費-500,000 円)×1% 〈多数該当 83,400 円〉
一般	上位所得者、低所得者以外	80,100 円+(医療費-267,000 円)×1% 〈多数該当 44,400 円〉
低所得者	世帯主(組合員)及び世帯の被保険 者全員が市町村民税非課税等の世 帯	35,400 円 〈多数該当 24,600 円〉

【70歳以上・入院】

	要件	自己負担限度額(1月当たり)
現役並み 所得者	課税所得が 145 万円以上の70歳 以上の国保加入者がいる世帯(※1)	80,100 円+(医療費-267,000 円)×1% 〈多数該当 44,400 円〉
一般	現役並み所得者、低所得Ⅰ・Ⅱ以外	44,400 円
低所得Ⅱ	世帯主(組合員)及び世帯の被保 険者全員が市町村民税非課税	24,600 円
低所得Ⅰ	世帯主(組合員)及び世帯の被保 険者全員の地方税法の規定による 市町村民税に係る所得がない	15,000 円

【70歳以上・外来】

	要件	自己負担限度額(1月当たり)
現役並み 所得者	課税所得が 145 万円以上の70歳 以上の国保加入者がいる世帯(※1)	44,400 円
一般	現役並み所得者、低所得Ⅰ・Ⅱ以外	12,000 円
低所得Ⅱ	世帯主(組合員)及び世帯の被保 険者全員が市町村民税非課税	8,000 円
低所得Ⅰ	世帯主(組合員)及び世帯の被保 険者全員の地方税法の規定による 市町村民税に係る所得がない	8,000 円

【70歳未満・入院・外来(75歳到達時特例対象療養(※2)に該当する場合)】

	要件	自己負担限度額(1月当たり)
上位 所得者	基礎控除後の総所得金額等の合計が600万円を超える世帯(国保加入者に限る)	75,000円+(医療費-250,000円)×1% 〈多数該当 41,700円〉
一般	上位所得者、低所得者以外	40,050円+(医療費-133,500円)×1% 〈多数該当 22,200円〉
低所得者	世帯主(組合員)及び世帯の被保険者全員が市町村民税非課税等の世帯	17,700円 〈多数該当 12,300円〉

【70歳以上・入院(75歳到達時特例対象療養(※2)に該当する場合)】

	要件	自己負担限度額(1月当たり)
現役並み 所得者	課税所得が145万円以上の70歳以上の国保加入者がいる世帯(※1)	40,050円+(医療費-133,500円)×1% 〈多数該当 22,200円〉
一般	現役並み所得者、低所得Ⅰ・Ⅱ以外	22,200円
低所得Ⅱ	世帯主(組合員)及び世帯の被保険者全員が市町村民税非課税世帯	12,300円
低所得Ⅰ	世帯主(組合員)及び世帯の被保険者全員の地方税法の規定による市町村民税に係る所得がない	7,500円

【70歳以上・外来(75歳到達時特例対象療養(※2)に該当する場合)】

	要件	自己負担限度額(1月当たり)
現役並み 所得者	課税所得が145万円以上の70歳以上の国保加入者がいる世帯(※1)	22,200円
一般	現役並み所得者、低所得Ⅰ・Ⅱ以外	6,000円
低所得Ⅱ	世帯主(組合員)及び世帯の被保険者全員が市町村民税非課税	4,000円
低所得Ⅰ	世帯主(組合員)及び世帯の被保険者全員の地方税法の規定による市町村民税に係る所得がない	4,000円

(※1)70歳以上の被保険者が複数いる世帯(特定同一世帯所属者を含む)の場合、収入の合計額が520万円未満(70歳以上の被保険者が一人の場合、383万円未満)を除く。

(※2)75歳到達時特例対象療養は、「被保険者が75歳に到達した月において当該被保険者が受けた療養」及び「被用者保険の被保険者が75歳に到達する月において、国民健康保険の被保険者の資格を取得した当該被保険者の被扶養者であったものが、その月に受けた療養」のことをいう。(月の初日に医療保険の種類の変更となる場合を除く。)

【入院】

	要件	自己負担限度額(1月当たり)
現役並み 所得者	課税所得が 145 万円以上の 同じ世帯に属する被保険者(※1)	80,100 円+(医療費-267,000 円)×1% 〈多数該当 44,400 円〉
一般	現役並み所得者、低所得Ⅰ・Ⅱ以外	44,400 円
低所得Ⅱ	世帯主全員が市町村民税非課税等	24,600 円
低所得Ⅰ	世帯主全員の地方税法の規定によ る市町村民税に係る所得がない等	15,000 円

【外来】

	要件	自己負担限度額(1月当たり)
現役並み 所得者	課税所得が 145 万円以上の 同じ世帯に属する被保険者(※1)	44,400 円
一般	現役並み所得者、低所得Ⅰ・Ⅱ以外	12,000 円
低所得Ⅱ	世帯主全員が市町村民税非課税等	8,000 円
低所得Ⅰ	世帯主全員の地方税法の規定によ る市町村民税に係る所得がない等	8,000 円

【75歳到達時特例対象療養に該当する場合・入院】(※2)

	要件	自己負担限度額(1月当たり)
現役並み 所得者	課税所得が 145 万円以上の 同じ世帯に属する被保険者(※1)	40,050 円+(医療費-133,500 円)×1% 〈多数該当 22,200 円〉
一般	現役並み所得者、低所得Ⅰ・Ⅱ以外	22,200 円
低所得Ⅱ	世帯主全員が市町村民税非課税等	12,300 円
低所得Ⅰ	世帯主全員の地方税法の規定によ る市町村民税に係る所得がない等	7,500 円

【75歳到達時特例対象療養に該当する場合・外来】(※2)

	要件	自己負担限度額(1月当たり)
現役並み 所得者	課税所得が 145 万円以上の同じ 世帯に属する被保険者(※1)	22,200 円
一般	現役並み所得者、低所得Ⅰ・Ⅱ以外	6,000 円
低所得Ⅱ	世帯員全員が市町村民税等	4,000 円
低所得Ⅰ	世帯員全員の地方税法の規定によ る市町村民税に係る所得がない等	4,000 円

(※1) 世帯の被保険者全員の収入の合計額が 520 万円未満(世帯の被保険者が1人の場合は 383 万円未満)である場合を除く。

(※2) 75 歳到達時特例対象療養は、「被保険者が 75 歳に到達した月において、被保険者が受けた療養」のことをいう。 厚生労働省 通知 平成23年10月21日 保発1021号第3号より

保険者

殿

保 険 医 療 機 関 の
所 在 地 及 び 名 称
電 話 番 号
開 設 者 氏 名

下記のとおり請求する
平成 年 月 日

保険者番号				県番号	医療機関コード				表別
.....	.....	.....	.....	3 3	.....	.....	.....	.....	医科 1

印

国民健康保険

区 分		療養の給付				食事療養・生活療養			
		件 数	診療実日数	点 数	一部負担金	件 数	回 数	金 額	標準負担額
一般 （ 上一般・低所得 ） （ 70歳以下 ）	請求	入 院			円			円	円
		入院外							
	※決定	入 院							
		入院外							
一般 （ 70歳以上 ） （ 7割 ）	請求	入 院							
		入院外							
	※決定	入 院							
		入院外							
一般被保険者	請求	入 院							
		入院外							
	※決定	入 院							
		入院外							
一般 （ 6歳 ）	請求	入 院							
		入院外							
	※決定	入 院							
		入院外							
退職 （ 本人 ）	請求	入 院							
		入院外							
	※決定	入 院							
		入院外							
退職 （ 被扶養者 ）	請求	入 院							
		入院外							
	※決定	入 院							
		入院外							
退職 （ 6歳 ）	請求	入 院							
		入院外							
	※決定	入 院							
		入院外							

備考 1. この用紙はA列4番クリーム色黒刷りとする。
2. ※印の欄は、記入しないこと。
3. 高齢受給者について、在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した診療報酬明細書の集計は合算で請求してください。

保険者番号				県番号	医療機関コード						表別	
.....	.....	.....	.....	33	.....	.....	.....	.....	.....	.....	医 科	1

公費負担医療

区 分			療養の給付				食事療養・生活療養			
			件 数	診療実日数	点 数	一部負担金	件 数	回 数	金 額	標準負担額
	請求	入 院				円			円	円
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
	請求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
	請求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
	請求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
	請求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
	請求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
	請求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								

備 考

備考1. この用紙はA列4番クリーム色黒刷りとする。
2. ※印の欄は、記入しないこと。

※高額療養費	一般被保険者	件数		退職者	件数	
		金額	円		金額	円

医療機関コード					

広域連合 殿

下記のとおり請求する

平成 年 月 日

保 険 医 療 機 関 の
所 在 地 及 び 名 称
電 話 番 号
開 設 者 氏 名

印

後期高齢者医療

区 分			療養の給付				食事療養・生活療養			
			件 数	診療実日数	点 数	一部負担金	件 数	回 数	金 額	標準負担額
後期 高齢 九割	請求	入 院				円			円	円
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
後期 高齢 七割	請求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								

公費負担医療

区 分			療養の給付				食事療養・生活療養			
			件 数	診療実日数	点 数	一部負担金	件 数	回 数	金 額	標準負担額
	請求	入 院				円			円	円
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
	請求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
	請求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
	請求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
	請求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								

備 考

備考1. この用紙はA列4番クリーム色黒刷りとする。

2. ※印の欄は、記入しないこと。

3. 在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した診療報酬明細書の集計は合算で請求してください。

*高額療養費	件数	
	金額	円