

事 務 連 絡

平成 18 年(2006 年) 10 月 17 日

各保険医療機関 }
各 保 険 薬 局 } 様

山口県国民健康保険団体連合会事務局長

福祉医療費請求書（OCR 様式）の記載方法の変更について（お知らせ）

平素から本会の業務につきましては、格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

平成 18 年 10 月診療分の請求から、**（長）**の自己負担限度額が 1 万円と 2 万円の 2 種類となることに伴い「福祉医療費請求書（OCR 様式）（一般分）」の記載方法が下記のとおり変更となりますので、お知らせいたします。

平成 18 年 10 月診療分からの請求書の記載につきまして、よろしくお願いいたします。

記

1 該当様式及び変更箇所

「福祉医療費請求書（OCR 様式）（一般分）：ピンク色」の「特殊」欄

老人分は、2 万円の自己負担限度額対象外のため変更無し。

2 記載方法の変更内容

【現 行】

- ・ **（長）** 該当者の場合「特殊」欄に「**5**」を記載する。

【改正後】

- ・ **（長）** 自己負担限度額が 1 万円の該当者の場合「特殊」欄に「**5**」を記載する。
- ・ **（長）** 自己負担限度額が 2 万円の該当者の場合「特殊」欄に「**2**」を記載する。

電算打出しのため、システム変更が間に合わない場合、該当請求分は手書きで記載のうえ請求をお願いします。

記載例は、裏面に掲載しましたので、御参照下さい。

この記載方法の変更について、御不明な点がございましたら国保連合会にお問合せ下さい。

電算課 電算管理班
TEL : 083-925-2122
FAX : 083-925-7864

記載例(長自己負担限度額が2万円の該当者の場合)(新規)

●「特殊」欄に「2」を記載する。

DC	C	診療年月 (年)(月)	入・外	福祉医療費受給者証 (記号)	記号・番号 (番号)	性別	氏名
2		1810	1	12	000000	1	山口太郎
生年月日 (年号)(年)(月)(日)		保険者番号		退職 任継	給付	特殊	入院年月日 (年号)(年)(月)(日)
3501010		6101			7	2	
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結精点数	決定点数			
	30	50000					
食事日数	食事療養総費用額	食事療養標準負担額	福祉医療費食事助成額				
薬剤一部負担金額		結精薬剤負担額			備考		

記載例(長自己負担限度額が1万円の該当者の場合)(従来どおり)

●「特殊」欄に「5」を記載する。

DC	C	診療年月 (年)(月)	入・外	福祉医療費受給者証 (記号)	記号・番号 (番号)	性別	氏名
2		1810	2	12	000000	2	山口花子
生年月日 (年号)(年)(月)(日)		保険者番号		退職 任継	給付	特殊	入院年月日 (年号)(年)(月)(日)
3550303		6101			7	5	
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結精点数	決定点数			
	5	30000					
食事日数	食事療養総費用額	食事療養標準負担額	福祉医療費食事助成額				
薬剤一部負担金額		結精薬剤負担額			備考		