

# 福祉医療費請求の手引き

県内(医療機関・薬局・ステーション)用

平成22年4月

山口県国民健康保険団体連合会

電算課 支払班

## 目次

<b>I 福祉医療費助成制度の概要</b> .....	2
1 制度の種類 .....	2
2 助成対象 .....	2
3 請求方法 .....	2
<b>II OCR 様式による福祉医療費の請求について</b> .....	2
1 総括表及び請求書の種類 .....	3
2 記入上の注意 .....	3
3 編綴方法 .....	3
4 総括表の記入方法 .....	3
5 請求書の記入方法 .....	6
<b>III レセプトによる福祉医療費の請求について</b> .....	10
1 レセプト請求の方法 .....	10
2 レセプト請求化の取扱範囲 .....	10
3 「療養の給付」欄に係る記入について .....	10
<b>IV 現金給付と現物給付</b> .....	11
1 現金給付（償還払い） .....	11
2 現物給付 .....	11
<b>V 福祉医療の負担が発生しない場合</b> .....	11
1 公費が優先する場合 .....	11
2 長期疾病（長）＋公費＋福祉 .....	11
3 結核10・精神21との併用で保険者の任意給付がある場合 .....	11
<b>VI 参考資料</b> .....	12

## I 福祉医療費助成制度の概要

### 1 制度の種類

山口県の福祉医療費助成制度には次の種類があります。

- (1) 重度心身障害者医療費助成制度（以下「重度医療」という。）
- (2) ひとり親家庭医療費助成制度（以下「ひとり親家庭医療」という。）
- (3) 乳幼児医療費助成制度（以下「乳幼児医療」という。）

表 1

区分	重度医療	ひとり親家庭医療	乳幼児医療
助成対象	医療に要する経費のうち医療保険の自己負担額を公費助成(県1/2 市町1/2) * ただし、入院時食事・生活療養負担を除く		
給付方法	現物給付		
更新時期	7月1日	8月1日	
対象者の要件	国民年金法施行令別表1 級程度の障害を有する者 又は身障手帳3級所持者 (年齢制限なし)  * 所得制限あり	ひとり親家庭の母又は父及び当該家庭の児童 父母のいない児童 (児童は18歳の年度末まで、高校生等の場合20歳の年度末まで)  * 所得制限あり	小学校就学前児  * 所得制限あり

### 2 助成対象

助成対象は、医療保険の自己負担額となっています。

入院時食事負担については、平成16年10月から（乳幼児については平成15年4月から）助成が廃止されました。

### 3 請求方法

山口県の福祉医療費助成制度の請求は、「OCR様式による請求」と「診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）による請求」の2通りの方法があります。

- ① 社保分…OCR様式による請求
- ② 国保分・後期高齢者分…レセプトによる請求

## II OCR様式による福祉医療費の請求について

提出されたOCR様式の福祉医療費請求書（以下「請求書」という。）・福祉医療費請求総括表（以下「総括表」という。）をOCR機器で一枚ずつ読み取りを行いますので、

記入・編綴については下記の点に御注意下さい。

\*請求書及び総括表の在庫が少なくなった場合は、近隣の市町にお問い合わせください。

## 1 総括表及び請求書の種類

総括表・・・1309（一般分・老人分（平成20年3月診療分以前））

請求書・・・1327（一般分（手書用））

2327（一般分（電算用））

1328（老人分（平成20年3月診療分以前）（手書用））

2328（老人分（平成20年3月診療分以前）（電算用））

\*請求書について手書用と電算用と区別していますが、どちらの様式を使われても差し支えありません。

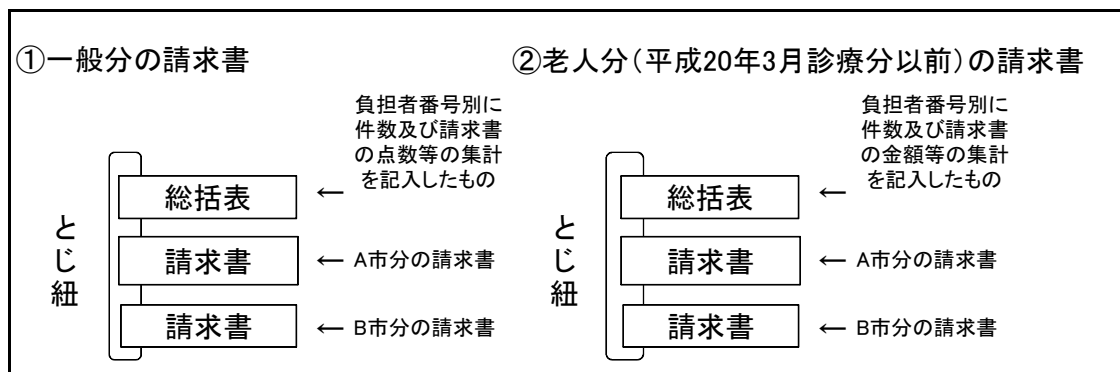
## 2 記入上の注意

- 必ず黒のボールペンで、枠内に記入してください。
- 電算用請求書の印字文字は、OCR・Bフォントを使用してください。（JIS X9001を推奨します。）
- 用紙は折り曲げたり、汚したりしないで下さい。
- 訂正する場合は、二本線で消さずにキャンセルの指示「[C]（キャンセルコード）欄に「9」を記入をして別のDC欄に記入してください。

## 3 編綴方法

- 編綴は紐で行ってください。（ホッチキスではとじないで下さい）

図1



## 4 総括表の記入方法

- 総括表は一般分請求書（赤色刷）、老人分請求書（平成20年3月診療分以前）（オレンジ色刷）それぞれにとりまとめたものに1部ずつ添付してください。
- 総括表はOCR読み取り時に、当月に提出された請求書の請求点数 （一般分のみ） 及び福祉医療費請求額が正しく読み取れているかどうかを、負担者番号毎に集計のチェックを行います。  
そのため、負担者番号毎に 必ず件数及び請求書に記載した点数及び金額の合計 を記入してください。

○ 月遅れ請求分も当月分の件数・請求点数及び請求金額に合算してください。

[各項目の説明及び記入方法]

図 2

2 2 年      4 月 分      福祉医療費請求総括表		1   3   0   9						
① 一般・老人 区分	② 県番号    医療機関コード	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">所在地</td> <td>山口市朝田1980番地7</td> </tr> <tr> <td>名称</td> <td>A病院</td> </tr> <tr> <td>開設者氏名</td> <td>山口太郎</td> </tr> </table>	所在地	山口市朝田1980番地7	名称	A病院	開設者氏名	山口太郎
所在地	山口市朝田1980番地7							
名称	A病院							
開設者氏名	山口太郎							
③ DC    ④ C    ⑤ 福祉医療費負担者番号    ⑥ 件数	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">             ③ 1    ④    ⑤ 8 1 3 5 0 0 3 5    ⑥    1 0    備考           </div>							
⑦ 福祉医療費請求点数(金額)	⑧ 結核点数							
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">             ⑦    5 6 1 2 3    ⑧              </div>								
⑨ 福祉医療費請求額	⑩ 一部負担金							
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">             ⑨    1 6 8 3 6 9    ⑩    0              </div>								

① 一般・老人（平成 20 年 3 月診療分以前）区分

- ・ 一般（重度医療、乳幼児医療、ひとり親家庭医療）…「1」を記入してください。
- ・ 老人（平成 20 年 3 月診療分以前）（重度医療）…「2」を記入してください。

② 県番号・医療機関コード

- ・ 県番号「35」は省略できます。

③ DC（データコード）

- ・ データの番号を表します。

④ C（キャンセルコード）

- ・ その欄の記入を取り消したい場合「9」を記入してください。この場合、備考欄にも×印を書いてください。

⑤ 福祉医療費負担者番号

- ・ 各市町に定められている「8 1 3 5」で始まる 8 桁の番号を記入してください。（表 2 参照）

⑥ 件数

- ・ 負担者番号毎の請求件数（月遅れを含む）を、右詰めで記入してください。

⑦ 福祉医療費請求点数（老人分（平成 20 年 3 月診療分以前）は記入しない）

- ・ 請求書に記載している福祉医療費請求点数（訪問看護ステーションは記載している金額）の負担者番号毎の合計（月遅れを含む）を、右詰めで記入してください。

⑧ 結核点数（一般のみ）

- ・ 「結核点数」は、請求書に記載している結核点数の負担者番号毎の合計（月遅れを含む）を、右詰めで記入してください。
- ・ 旧様式は「結精点数」を「結核点数」に読替えて記入してください。

⑨ 福祉医療費請求額

- 請求書に記載している福祉医療費請求額の負担者番号毎の合計（月遅れを含む）を、右詰めで記入してください。（平成 19 年 4 月診療分からの請求分のみ使用）
- 旧様式は「薬剤一部負担額」欄を「福祉医療費請求額」欄に読替えて記入してください。

⑩ 一部負担金

- 重度医療は平成 21 年 7 月診療分から、乳幼児医療及びひとり親家庭医療は平成 21 年 8 月診療分から一部負担金を記入してください。「一部負担金」がない場合は「0」と記入してください。
- 旧様式は「結精薬剤負担額」欄を「一部負担金」欄に読替えて記入してください。

表 2

市町名			国保	後期	福祉医療
下	関	市	350017	39352018	81350019
宇	部	市	350025	39352026	81350027
山	口	市	350033	39352034	81350035
防	府	市	350066	39352067	81350068
下	松	市	350074	39352075	81350076
岩	国	市	350082	39352083	81350084
山	陽	小	350090	39352166	81350092
光		市	350108	39352109	81350100
柳	井	市	350124	39352125	81350126
美	祢	市	350132	39352133	81350134
周	防	大	350157	39353057	81350159
和		木	350199	39353214	81350191
上	関	町	350280	39353412	81350282
田	布	施	350306	39353438	81350308
平	生	町	350314	39353446	81350316
阿	武	町	350520	39355029	81350522
周	南	市	350595	39352158	81350597
萩		市	350603	39352042	81350605
長	門	市	350611	39352117	81350613

## 5 請求書の記入方法

- 市町（福祉医療費負担者番号）ごとに作成してください。
- 月遅れ請求の場合も、診療年月で判断できるので、当月分と同じ用紙に記入されてかまいません。
- 返戻された請求書を再請求される場合は、新しい請求書を使用してください。また返戻付せん等は添付する必要はありません。
- 月の途中で保険者が変更していた場合や、社会保険のレセプトに査定等が生じて福祉医療費請求額が変更になる場合等、福祉医療費請求書に変更が生じた場合については福祉医療費請求書返戻依頼書等で対応してください。（福祉医療費請求書返戻依頼書については、山口県国民健康保険団体連合会のホームページからダウンロードできます。）

### （１）一般（重度心身障害者、乳幼児及びひとり親家庭）

図 3

○ 一般分（赤色刷）

**福祉医療費請求書**  
(重度心身障害者、乳幼児及びひとり親家庭医療費)

山口県 **山口** 市町村長殿

② 福祉医療費負担者番号  
**8 1 3 5 0 0 3 5**

22年5月1日

①

コード	<b>03, 1234, 5</b>
所在地 名称	<b>山口市朝田1980番地7</b>
開設者氏名	<b>A病院 山口太郎</b>

③ DC	④ C	⑤ 診療年月 (年) (月) (日) <b>2 2 0 4</b>	⑥ 入・外	⑦ 福祉医療費受給者証 (記号) <b>1</b>	⑧ 福祉医療費受給者証 (番号) <b>6 2 - 0 0 0 0 0</b>	⑨ 性別	⑩ 氏名 <b>山口一郎</b>
⑪ 生年月日 (年号) (年) (月) (日) <b>3 3 8 0 7 2 7</b>	⑫ 保険者番号 <b>6 1 0 1</b>	⑬ 退院 ⑭ 給付 <b>7</b>	⑮ 特殊 <b>4 2 2 0 3 0 1</b>				
⑯ 診療科目	⑰ 日数 <b>7</b>	⑱ 福祉医療費請求点数 <b>1 9 6 7 0</b>	⑲ 結精点数	⑳ 決定点数			
⑳ 食事日数	㉑ 食事療養総費用額		㉒ 食事療養標準負担額				
㉓ 福祉医療費請求額 <b>5 9 0 1 0</b>		㉔ 一部負担金 <b>0</b>		備考			

#### [各項目の説明及び記入方法]

##### ① 医療機関コード・所在地・名称・開設者氏名

- ・ 記入のうえ、捺印をしてください。

##### ② 市町名・福祉医療費負担者番号

- ・ 市町名及び各市町に定められている「8 1 3 5」で始まる 8 桁の番号を記入してください。（表 2 参照）

##### ③ DC（データコード）

- ・ データの番号を表します。

##### ④ C（キャンセルコード）

- その欄の記入を取り消したい場合「9」を記入してください。この場合、備考欄にも×印を書いてください。

⑤ 診療年月

- 年（2桁）、月（2桁）の合わせて4桁を記入してください。  
（例）平成22年4月診療分 → 「2204」

⑥ 入・外

- 入院外来区分を記入してください。  
入院（本人）……「1」  
外来（本人）……「2」  
入院（未就学者（平成20年3月診療分以前3歳未満））……………「3」  
外来（未就学者（平成20年3月診療分以前3歳未満））……………「4」  
入院（高齢受給者（70歳～74歳）（平成20年8月診療分以降））……………「7」  
外来（高齢受給者（70歳～74歳）（平成20年8月診療分以降））……………「8」  
入院（高齢受給者7割給付（70歳～74歳）（平成20年8月診療分以降））…「9」  
外来（高齢受給者7割給付（70歳～74歳）（平成20年8月診療分以降））…「0」

⑦ 福祉医療費受給者証 記号・番号

- 市町が交付した7桁の福祉医療費受給者証の記号・番号を右詰めで記入してください。

⑧ 性別

- 男性…「1」、女性…「2」を記入してください。

⑨ 氏名

- 受給者の氏名を記入してください。

⑩ 生年月日

- 年号（1桁） 昭和…「3」、平成…「4」
- 年（2桁） （例）平成22年 → 「22」
- 月（2桁） （例）4月 → 「04」
- 日（2桁） （例）2日 → 「02」  
（例）平成22年4月2日生 → 「4220402」

⑪ 保険者番号

- 健康保険証の保険者番号を、右詰めで記入してください。
- 月の途中で保険者番号が変更になった場合は、レセプトと同様に明細を別々に記入し、その旨を備考欄に記載してください。

⑫ 任継

- 医療保険が任意継続の場合「1」を記入してください。

⑬ 給付

- 健康保険の給付割合を記入してください。
- 7割…「7又は空欄」、8割…「8」

⑭ 特殊

- ⑬ 該当者で限度額 1 万円の場合は「5」を、限度額 2 万円の場合は「2」を記入してください。
- ⑮ 入院年月日
  - 入院分の場合に記載してください。記入の要領は⑩の「生年月日」と同様です。
  - 入退院を繰り返している場合は最新の入院年月日を記入してください。
- ⑯ 診療科目（平成 22 年 3 月診療分以前の請求のみ使用）
  - 旧総合病院の外来分についてのみ記入してください。
- ⑰ 日数
  - レセプトに記載している日数を記入してください。
- ⑱ 福祉医療費請求点数
  - 福祉医療対象の請求点数を右詰めで記入してください。
  - 訪問看護療養費の場合は請求額を右詰めで記入してください。
- ⑲ 結核点数
  - 結核に係る公費がある場合、結核対象点数を右詰めで記入してください。
  - 旧様式は「結精点数」を「結核点数」に読替えて記入してください。
- ⑳ 決定点数
  - ⑱の福祉医療費請求点数を誤って記入した場合、この欄へ正しい請求点数を記入してください。ただし、福祉医療費請求額に変更が生じる場合についてはこの欄を使用せずに、④C（キャンセルコード）に「9」を記入し、新しいDC欄に各項目を記入してください。
- ㉑ 福祉医療費請求額
  - 福祉医療費請求額を、右詰めで記入してください。（平成 19 年 4 月診療分からの請求分のみ使用）
  - 旧様式は「薬剤一部負担額」欄を「福祉医療費請求成額」欄に読替えて記入してください。
- ㉒ 一部負担金
  - 重度医療は平成21年7月診療分から、乳幼児医療及びひとり親家庭医療は平成21年8月診療分から一部負担金を記入してください。「一部負担金」がない場合は「0」と記入してください。
  - 旧様式は「結精薬剤負担額」欄を「一部負担金」欄に読替えて記入してください。

図 4

[各項目の説明及び記入方法]

- 9

入院（7割（平成18年9月診療分以前8割））…「9」

外来（7割（平成18年9月診療分以前8割））…「0」

⑦ 福祉医療費受給者証記号・番号（7桁）

- 市町が交付した福祉医療費受給者証の記号・番号を右詰めで記入してください。

⑧ 入院年月日

- 入院分の場合に記載してください。記入の要領は一般分の⑩「生年月日」と同様です。
- 入退院を繰り返している場合は最新の入院年月日を記入してください。
- 労災等他法で入院している場合に他の疾病で外来診療等を行った場合は、外来分として請求するため入院年月日の記入の必要はありません。

⑨ 国・社

- 社保分（平成20年3月診療分以前）…「2」を記入してください。
- このOCR様式での県内医療機関等の請求は平成20年3月診療分以前の社保老人分のみになります。

⑩ 診療科目

- 旧総合病院の外来分についてのみ記入してください。

⑪ 日数

- レセプトに記載している日数を記入してください。

⑫ 福祉医療費請求額

- 老人一部負担金額を記入してください。
- 入院及び在医総等の場合は、レセプトに記載されている老人一部負担金額をあげてください。
- 外来（在医総等を除く）の場合は1円単位まで記入してください。

（例1）外来9割の場合      福祉医療対象の点数…1,234点→1,234円を記入

（例2）入院9割の場合      福祉医療対象の負担金額…44,400円までの額

### Ⅲ レセプトによる福祉医療費の請求について

#### 1 レセプト請求の方法

レセプト請求分は、公費併用分として取扱います。福祉負担者番号及び受給者証記号番号を公費番号の欄に記載してください。

#### 2 レセプト請求化の取扱範囲

- 「山口県の保険者」で「山口県の市町の福祉医療費受給者」
- 「国保組合」または「県外保険者」で「山口県の市町の福祉医療費受給者」

#### 3 「療養の給付」欄に係る記入について

- 医療保険 ＋ 公費負担医療 ＋ 福祉医療 の場合
  - 「第1公費」欄…公費対象点数を記入してください。

- 「第2公費」欄…福祉医療の対象となる点数
  - \* 公費に係る患者負担が有る場合は「第2公費」欄に医療保険の請求点数を記載してください。
  - \* 公費に係る患者負担が無い場合は「第2公費」欄に医療保険の請求点数から公費対象点数を差引いた点数を記載してください。  
(請求点数) - (第一公費対象点数) となります。
  - \* 結核(10)との併用の場合は、「第2公費」欄に医療保険の請求点数を記載してください。

## IV 現金給付と現物給付

### 1 現金給付（償還払い）

国保の被保険者資格証明書の交付を受けた福祉医療受給者の医療費

### 2 現物給付

#### (1) 県内医療機関受診分

- 医療保険に係る自己負担額を現物給付

#### (2) 結核 10 との併用

- 自己負担額「5%」を現物給付

#### (3) 他の公費の費用徴収金（公費に係る患者負担額）がある場合

- 他の公費の費用徴収金（公費に係る患者負担額）を現物給付

#### (4) 福祉医療と公費負担医療（費用徴収無し）がある場合

- 公費が負担しない部分（公費対象点数以外）について、福祉負担

#### (5) 福祉医療と公費負担医療（費用徴収有り）がある場合

- 公費が負担しない部分（公費対象点数以外）の自己負担額と、公費に係る患者負担額について福祉負担

## V 福祉医療の負担が発生しない場合

### 1 公費が優先する場合

公費負担医療が優先し、福祉医療費の助成額が発生しないレセプトについては、福祉医療請求の必要はありません。

### 2 長期疾病（**長**）+公費+福祉

長期疾病（**長**）患者負担限度額（1万円又は2万円）を公費が負担する場合は、福祉医療の負担はありません。

### 3 結核 10・精神 21 との併用で保険者の任意給付がある場合

全国土木（133033）、文芸美術組合（133074）、全国板金（133280）等

\*結核 10：自己負担額「5%」を任意給付 …福祉医療の負担はありません。

\*精神 21：自己負担額「10%」を任意給付 …福祉医療の負担はありません。

## VI 参考資料

### 福祉医療費助成制度見直しに係るレセプト等の記載例

山口県国民健康保険団体連合会作成

\* 重度心身障害者医療は平成21年7月診療分から、乳幼児医療及びひとり親家庭医療は平成21年8月診療分から記載してください。

#### 記載例(総括表)

福祉医療費請求総括表(OCR請求書様式)

①後期高齢者以外分

DC	C	福祉医療費負担者番号	件数	備考
1		81350019	15	
福祉医療費請求点数(金額)		結精点数	「結・精薬剤負担額」欄を「一部負担金」欄と読替えて合計を記載。	
23456				
福祉医療費請求額		結・精薬剤負担額	福祉医療費食事助成額	
55368		15000		

#### 記載例(レセプト等)

##### 記載例 1

①記載例(後期高齢者以外分)

[ 給付割合 7割 ]

レセプト	-			
	公費負担者番号①	8	1	3
	公費負担者番号②			
療養の給付	請求点数	1,000	決定点数	一部負担金
	①			500
	②			

福祉医療費に係る患者の一部負担金額を記載。  
・一部負担金額=500円  
・福祉医療費助成額=1,000×3-500=2,500円  
\* 歯科レセプトについては患者負担額(公費)欄に記載。

OCR請求書様式	診療年月	(年) (月)	入・外	福祉医療費受給者証 記号・番号	性別	氏名
	2	2107	2	12-000000	1	山口太郎
	生年月日	(年号)(年)(月)(日)	保険者番号	退職	給付	入院年月日
	3470601		6101		7	(年号)(年)(月)(日)
	診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結精点数	決定点数	
		5	1000			
	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		
	福祉医療費請求額	結・精薬剤負担額		備考		
	2500	500				

「結・精薬剤負担額」欄を「一部負担金」欄と読替えて、福祉医療費に係る患者の一部負担金額を記載。

②記載例(後期高齢者分)

[ 給付割合 9割 ]

レセプト	-			
	公費負担者番号①	8	1	3
	公費負担者番号②			
療養の給付	請求点数	3,000	決定点数	一部負担金
	①			500
	②			

福祉医療費に係る患者の一部負担金額を記載。  
・一部負担金額=500円  
・福祉医療費助成額=3,000×1-500=2,500円  
\* 歯科レセプトについては患者負担額(公費)欄に記載。

## 記載例 2 福祉医療費に係る一部負担金が0円の場合の記載例

※ 3歳未満、調剤薬局及び市町単独事業として一部負担金を助成する場合

①記載例(後期高齢者以外分) [給付割合 8割]

レセプト

公費負担者番号①	8	1	3	5				
公費負担者番号②								

療養の給付	保険	請求点数	決定点数	一部負担金
①		3,000		0
②				

福祉医療費に係る患者の一部負担金額を医療機関等の窓口で支払わない場合は、「一部負担金」欄には「0円」を記載。  
 注) 3歳未満、調剤薬局及び市町単独事業として一部負担金を助成する場合。  
 ・一部負担金額=0円  
 ・福祉医療費助成額=3,000×2=6,000円

OCR請求書様式

DC	C	診療年月 (年)(月)	入・外 (記号)	福祉医療費受給者証 (記号)	記号・番号 (番号)	性別	氏名
2		2108	4	22	-000000	1	山口太郎
生年月日 (年号)(年)(月)(日)		4200810	保険者番号	6101	退職 任職	給付	入院年月日 (年号)(年)(月)(日)
						8	
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結精点数	決定点数			
	5	3000					
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				
福祉医療費請求額		結・精薬剤負担額					
6000		0					
備考							

②記載例(後期高齢者分) [給付割合 9割]

レセプト

公費負担者番号①	8	1	3	5				
公費負担者番号②								

療養の給付	保険	請求点数	決定点数	一部負担金
①		3,000		0
②				

福祉医療費に係る患者の一部負担金額を医療機関等の窓口で支払わない場合は、「一部負担金」欄には「0円」を記載。  
 注) 調剤薬局及び市町単独事業として一部負担金を助成する場合。  
 ・一部負担金額=0円  
 ・福祉医療費助成額=3,000×1=3,000円

OCR請求書様式

DC	C	診療年月 (年)(月)	入・外 (記号)	福祉医療費受給者証 (記号)	記号・番号 (番号)	性別	氏名
2		2108	2	32	-000000	1	山口太郎
生年月日 (年号)(年)(月)(日)		3500501	保険者番号	6101	退職 任職	給付	入院年月日 (年号)(年)(月)(日)
						7	
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結精点数	決定点数			
	5	321					
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				
福祉医療費請求額		結・精薬剤負担額					
0		963					
備考							

## 記載例 3 福祉医療費助成額が0円の場合の記載例

①記載例(後期高齢者以外分) [給付割合 7割]

レセプト

公費負担者番号①	8	1	3	5				
公費負担者番号②								

療養の給付	保険	請求点数	決定点数	一部負担金
①		321		963
②				

福祉医療費に係る患者の一部負担金額を記載。  
 注) 一部負担金上限額を下回る場合は、その金額を記載。  
 ・一部負担金額=321×3=963円  
 ・福祉医療費助成額=321×3-963=0円

OCR請求書様式

DC	C	診療年月 (年)(月)	入・外 (記号)	福祉医療費受給者証 (記号)	記号・番号 (番号)	性別	氏名
2		2108	2	32	-000000	1	山口太郎
生年月日 (年号)(年)(月)(日)		3500501	保険者番号	6101	退職 任職	給付	入院年月日 (年号)(年)(月)(日)
						7	
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結精点数	決定点数			
	5	321					
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				
福祉医療費請求額		結・精薬剤負担額					
0		963					
備考							

②記載例(後期高齢者分) [給付割合 9割]

レセプト

公費負担者番号①	8	1	3	5				
公費負担者番号②								

療養の給付	保険	請求点数	決定点数	一部負担金
①		321		321
②				

福祉医療費に係る患者の一部負担金額を記載。  
 注) 一部負担金上限額を下回る場合は、その金額を記載。  
 ・一部負担金額=321×1=321円  
 ・福祉医療費助成額=321×1-321=0円

OCR請求書様式

DC	C	診療年月 (年)(月)	入・外 (記号)	福祉医療費受給者証 (記号)	記号・番号 (番号)	性別	氏名
2		2108	2	32	-000000	1	山口太郎
生年月日 (年号)(年)(月)(日)		3500501	保険者番号	6101	退職 任職	給付	入院年月日 (年号)(年)(月)(日)
						7	
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結精点数	決定点数			
	5	321					
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				
福祉医療費請求額		結・精薬剤負担額					
0		321					
備考							

## 記載例 4 公費(患者負担額がある公費)と併用の場合の記載例

①記載例(後期高齢者以外分)

[ 給付割合 7割 ]

レセプト

公費負担者番号①	2	1	3	5				
公費負担者番号②	8	1	3	5				

療養の給付

保険	請求点数	決定点数	一部負担金
①	2,000		1,500
②	1,500		500

通院精神医療(公費21)の患者負担額。

福祉医療費に係る患者の一部負担金額を記載。  
 ・患者(一部負担金額)=500円  
 ・公費=1,500×3-1,500=3,000円  
 ・福祉医療費助成額=(2,000-1,500)×3+1,500-500=2,500円

OCR請求書様式

診療年月(年)(月)(日)	2	1	0	8	入・外(記号)	2	福祉医療費受給者証(番号)	2	性別	1	氏名	山田太郎
生年月日(年号)(年)(月)(日)	3	4	0	0	5	0	1	保険者番号	6	1	0	1
診療科目	5	福祉医療費請求点数	2	0	0	0	結精点数		決定点数			
食事日数		食事療養総費用額					食事療養標準負担額					
		福祉医療費請求額	2	5	0	0	結・精薬剤負担額	5	0	0		

「結・精薬剤負担額」欄を「一部負担金」欄と読替えて、福祉医療費に係る患者の一部負担金額を記載。

②記載例(後期高齢者分)

[ 給付割合 9割 ]

レセプト

公費負担者番号①	2	1	3	5				
公費負担者番号②	8	1	3	5				

療養の給付

保険	請求点数	決定点数	一部負担金
①	5,000		2,500
②	3,000		500

通院精神医療(公費21)の患者負担額。

福祉医療費に係る患者の一部負担金額を記載。  
 ・患者(一部負担金額)=500円  
 ・公費=3,000-2,500=500円  
 ・福祉医療費助成額=(5,000-3,000)×1+2,500-500=4,000円

OCR請求書様式

診療年月(年)(月)(日)	2	1	0	8	入・外(記号)	2	福祉医療費受給者証(番号)	2	性別	1	氏名	山田太郎
生年月日(年号)(年)(月)(日)	3	4	7	0	5	0	1	保険者番号	6	1	0	1
診療科目	5	福祉医療費請求点数	1	0	0	0	結精点数		決定点数			
食事日数		食事療養総費用額					食事療養標準負担額					
		福祉医療費請求額	2	0	0	0	結・精薬剤負担額	1	0	0		

「結・精薬剤負担額」欄を「一部負担金」欄と読替えて、福祉医療費に係る患者の一部負担金額を記載。

## 記載例 5 公費(患者負担額がない公費)と併用の場合の記載例

①記載例(後期高齢者以外分)

[ 給付割合 7割 ]

レセプト

公費負担者番号①	5	3	3	5				
公費負担者番号②	8	1	3	5				

療養の給付

保険	請求点数	決定点数	負担金額
①	3,000		1,000
②	2,000		

福祉医療費に係る患者の一部負担金額を記載。  
 ・患者(一部負担金額)=1,000円  
 ・公費=2,000×3=6,000円  
 ・福祉医療費助成額=1,000×3-1,000=2,000円

OCR請求書様式

診療年月(年)(月)(日)	2	1	0	8	入・外(記号)	2	福祉医療費受給者証(番号)	2	性別	1	氏名	山田太郎
生年月日(年号)(年)(月)(日)	3	4	7	0	5	0	1	保険者番号	6	1	0	1
診療科目	5	福祉医療費請求点数	1	0	0	0	結精点数		決定点数			
食事日数		食事療養総費用額					食事療養標準負担額					
		福祉医療費請求額	2	0	0	0	結・精薬剤負担額	1	0	0		

「結・精薬剤負担額」欄を「一部負担金」欄と読替えて、福祉医療費に係る患者の一部負担金額を記載。

②記載例(後期高齢者分)

[ 給付割合 9割 ]

レセプト

公費負担者番号①	5	3	3	5				
公費負担者番号②	8	1	3	5				

療養の給付

保険	請求点数	決定点数	負担金額
①	5,000		
②	3,000		500

福祉医療費に係る患者の一部負担金額を記載。  
 ・患者(一部負担金額)=500円  
 ・公費=3,000×1=3,000円  
 ・福祉医療費助成額=2,000×1-500=1,500円

OCR請求書様式

診療年月(年)(月)(日)	2	1	0	8	入・外(記号)	2	福祉医療費受給者証(番号)	2	性別	1	氏名	山田太郎
生年月日(年号)(年)(月)(日)	3	4	7	0	5	0	1	保険者番号	6	1	0	1
診療科目	5	福祉医療費請求点数	1	0	0	0	結精点数		決定点数			
食事日数		食事療養総費用額					食事療養標準負担額					
		福祉医療費請求額	2	0	0	0	結・精薬剤負担額	1	0	0		

「結・精薬剤負担額」欄を「一部負担金」欄と読替えて、福祉医療費に係る患者の一部負担金額を記載。

山 国 連 第 211 号  
平成 21 年（2009 年）6 月 17 日

県内保険医療機関 }  
県内訪問看護ステーション } 様

山口県国民健康保険団体連合会事務局長

福祉医療費助成制度の見直しに伴う福祉医療費請求事務等の変更について（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。

さて、平成 21 年 7 月及び 8 月から福祉医療費助成制度の見直しに伴う請求事務等の変更については、平成 21 年 5 月 8 日付「福祉医療費助成制度の見直しに伴う福祉医療費の請求事務等について」（山口県健康福祉部）に同封いたしました「福祉医療費助成制度見直しに係るレセプト等の記載例」にてお知らせしておりますが、山口県健康福祉部厚政課より下記 1 の事項について方針が示されました。このことに伴い、レセプト等の記載について下記 2 及び下記 3 のとおりとなりますのでお知らせいたします。

記

- 1 福祉医療費の本人負担金の一部負担金の上限額を超えない場合  
本人負担額を記載する。（10 円未満の端数が生じた場合、端数処理は行わない）
- 2 診療報酬明細書（レセプト）の記載方法について  
一部負担金欄（公費）（歯科レセプトは患者負担額（公費））に 1 円単位まで記載する。  
（例）重度心身障害者医療 給付割合 7 割 通院（上限額 500 円）

-						
公費負担者番号①	8	1	3	5		
公費負担者番号②						
療養の給付	保険	請求点数		決定点数		一部負担金
		123				
①						369
②						

- 3 福祉医療費請求書（OCR 様式）の記載方法について  
結精薬剤負担額欄を一部負担金欄と読み替えて 1 円単位まで記載する。  
（例）ひとり親家庭医療 給付割合 7 割 通院（上限額 1,000 円）

診療年月 (年) (月)		福祉医療費受給者証 記号・番号 (記号) (番号)		性別	氏名
DC	C	2108	2 32-000000	1	山口太郎
生年月日 (年号)(年)(月)(日)		保険者番号		退職 任継	入院年月日 (年号)(年)(月)(日)
3500501		6101		給付 7	
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結精点数	決定点数	
	5	321			
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		
	福祉医療費請求額	結・精薬剤負担額			備考
	0	963			

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

## 福祉医療制度受給者証の記号・番号について

○記号＋番号により受給者を識別している

【記号】2桁で表示

1桁目…一部負担金の区分

- 負担金を導入 → 重度「1」、重度後期「5」  
乳幼児「2」、ひとり親「3」
- 負担金を導入しない → 重度「6」、重度後期「9」  
乳幼児「7」、ひとり親「8」

2桁目…県補助事業対象者の区分

- 県制度の対象者 → 「0～5」  
通院のみ負担金を導入する場合「0」  
入院のみ負担金を導入する場合「1」
- 県制度の対象外の者 → 「6～9」  
通院のみ負担金を導入する場合「8」  
入院のみ負担金を導入する場合「9」

【番号】5桁で表示

5桁に満たない場合は頭に「0」を入れる

○記号まとめ

↓(※)…市町で任意に設定

	1桁目	2桁目			
		区分	通院のみ 一部負担有	入院のみ 一部負担有	通院・入院ともに 一部負担有
重度	1 (一部負担金有)	県制度の 対象者	0	1	2～5 (※)
		県制度の 対象者以外	8	9	6～7 (※)
	6 (一部負担金無)	県制度の 対象者	2～5 (※)		
		県制度の 対象者以外	6～7 (※)		
重度 (後期)	5 (一部負担金有)	区分	通院のみ 一部負担有	入院のみ 一部負担有	通院・入院ともに 一部負担有
		県制度の 対象者	0	1	2～5 (※)
	9 (一部負担金無)	県制度の 対象者以外	8	9	6～7 (※)
		県制度の 対象者	2～5 (※)		
乳幼児	2 (一部負担金有)	県制度の 対象者	0	1	2～5 (※)
		県制度の 対象者以外	8	9	6～7 (※)
	7 (一部負担金無)	県制度の 対象者	2～5 (※)		
		県制度の 対象者以外	6～7 (※)		
ひとり親	3 (一部負担金有)	区分	通院のみ 一部負担有	入院のみ 一部負担有	通院・入院ともに 一部負担有
		県制度の 対象者	0	1	2～5 (※)
	8 (一部負担金無)	県制度の 対象者以外	8	9	6～7 (※)
		県制度の 対象者	2～5 (※)		
		県制度の 対象者	6～7 (※)		
		県制度の 対象者以外			

保険医療機関  
保険薬局  
訪問看護ステーション

} 様

山口県国民健康保険団体連合会事務局長

宇部市「子ども医療費助成制度」開始に伴う診療報酬明細書等  
の記載について（お知らせ）

平素から本会の業務につきましましては、格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

平成22年4月より、山口県宇部市にて福祉医療費助成制度での市単独事業として「子ども医療費助成制度」が開始されました。また、平成22年7月より「重度心身障害者医療費助成制度」の一部負担金について市が全額助成することになりました。

このことに伴い、診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の記載について下記のとおりとなりますので対応をよろしくお願いいたします。

なお、宇部市からの通知（写）及び別紙「診療報酬明細書（レセプト）等の記載例について」を添付していますのでご参照ください。

レセプト等の記載についてご不明な点があれば下記担当までお問い合わせください。

記

1 福祉負担者番号

宇部市 81350027

2 福祉受給者記号番号

別紙「宇部市福祉医療費助成制度等一覧表」参照

3 レセプトの記載方法について

(1)「子ども医療費助成制度」（平成22年4月診療分から）

- ①「公費負担者番号」欄に福祉医療費負担者番号を記載
- ②「公費受給者番号」欄に福祉医療費受給者証記号・番号を記載
- ③ 一部負担金については記載しない。

(2)「重度心身障害者医療費助成制度」（平成22年7月診療分から）

- ①「公費負担者番号」欄に福祉医療費負担者番号を記載
- ②「公費受給者番号」欄に福祉医療費受給者証記号・番号を記載
- ③ 一部負担金は「0」と記載。

4 福祉医療費請求書（OCR様式）の記載方法について

(1)「子ども医療費助成制度」（平成22年4月診療分から）

①「福祉医療費請求額」欄

- ・原則福祉医療が助成する額（福祉医療費対象点数の1割分）を記載
- \*事例（公費＋福祉等）によっては1割分にならない場合があります。

②「結精薬剤負担額」欄

- ・原則患者負担分（福祉医療費対象点数の2割分）を記載
- \*事例（高額療養費が発生した場合等）によっては2割分にならない場合があります。

(2)「重度心身障害者医療費助成制度」（平成22年7月診療分から）

「結精薬剤負担額」欄

- ・「0」と記載。

電算課 支払班 担当：藤 田 TEL:083-925-2122 FAX:083-925-7864
---

(別紙)

## 診療報酬明細書(レセプト)等の記載例について

平成22年4月16日  
山口県国民健康保険団体連合会作成

### I 診療報酬明細書(レセプト)の記載について

#### (1) 子ども医療費助成制度(平成22年4月診療分から)

[ 給付割合 7割 ]

-								-							
公費負担者番号①	8	1	3	5	0	0	2	7	公費負担医療の受給者番号①	2	6	×	×	×	×
公費負担者番号②									公費負担医療の受給者番号②						

療養の給付	保険	請求点数	決定点数	一部負担金
	公費①	1,234		
	公費②	1,234		

福祉医療費に係る患者の一部負担金額は記載しない。  
・一部負担金額=1,234×2=2,468円≒2,470円(窓口負担)  
・福祉医療費助成額=1,234×1=1,234円  
\* 歯科レセプトについては患者負担額(公費)欄に記載しない。

#### (2) 重度心身障害者医療費助成制度(平成22年7月診療分から)

[ 給付割合 7割 ]

-								-							
公費負担者番号①	8	1	3	5	0	0	2	7	公費負担医療の受給者番号①	6	2	×	×	×	×
公費負担者番号②									公費負担医療の受給者番号②						

療養の給付	保険	請求点数	決定点数	一部負担金
	公費①	1,234		
	公費②	1,234		0

福祉医療費に係る患者の一部負担金額は0と記載する。  
・一部負担金額=0円  
・福祉医療費助成額=1,234×3=3,702円  
\* 歯科レセプトについては患者負担額(公費)欄に「0」と記載する。

### II 福祉医療費請求書(OCR様式)の記載について

#### (1) 子ども医療費助成制度(平成22年4月診療分から)

[ 給付割合 7割 ]

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		
1		2204	2	26	-	×	×	×
生年月日 (年号)(年)(月)(日)		保険者番号		退院 任地				
4150601		01350016						
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結精点数	決定点数				
	2	1234						
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					
福祉医療費請求額		結精薬剤負担額	備考					
1234		2468						

福祉医療費に係る患者の一部負担金額を記載する。  
・一部負担金額=1,234×2=2,468円≒2,470円(窓口負担)  
・福祉医療費助成額=1,234×1=1,234円  
\* 一部負担金及び福祉医療費助成額は端数処理前の金額を記入する。

#### (2) 重度心身障害者医療費助成制度(平成22年7月診療分から)

[ 給付割合 7割 ]

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		
1		2207	2	62	-	×	×	×
生年月日 (年号)(年)(月)(日)		保険者番号		退院 任地				
3520611		01350016		7				
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結精点数	決定点数				
	2	1234						
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					
福祉医療費請求額		結精薬剤負担額	備考					
3702		0						

福祉医療費に係る患者の一部負担金額は0と記載する。  
・一部負担金額=0円  
・福祉医療費助成額=1,234×3=3,702円