

## 国民健康保険一部負担金の減免又は支払猶予について

災害や事業の休廃止などにより収入が著しく減少するなどの特別な理由で、医療機関への一部負担金の支払いが困難となった場合、申請に基づき、6カ月を限度としてその支払いを減免又は猶予されます。(食事代、保険給付外の費用は自己負担となります。)

### 特別な理由

- 震災、風水害、火災などにより、
- ・世帯主が死亡あるいは障害者となった場合
  - ・資産に重大な損害を受けた場合

#### (要件)

- 一部負担金の支払いが困難であること

### 一部負担金を減免します

- 世帯主が死亡あるいは障害者となった場合  
100%減免
- 資産に損害を受けた場合  
(3分の1以上の損害)  
50%~100%減免

### 特別な理由

- ・干ばつ、冷害、凍霜害などによる農作物の不作、不漁などにより収入が著しく減少した場合
- ・事業や業務の休廃止、失業などにより収入が著しく減少した場合

#### (要件)

- 一部負担金の支払いが困難であること
- 資産の活用を図ること
- 世帯全員の収入の見込額が3割以上減少し、かつ、その額が生活保護基準の125%以下であること

### 一部負担金の支払いを一定期間猶予します

#### 支払猶予期間終了後

- 世帯全員の確定した収入について、収入の額が3割以上減少し、かつ、その額が生活保護基準の125%以下であった場合

該当する

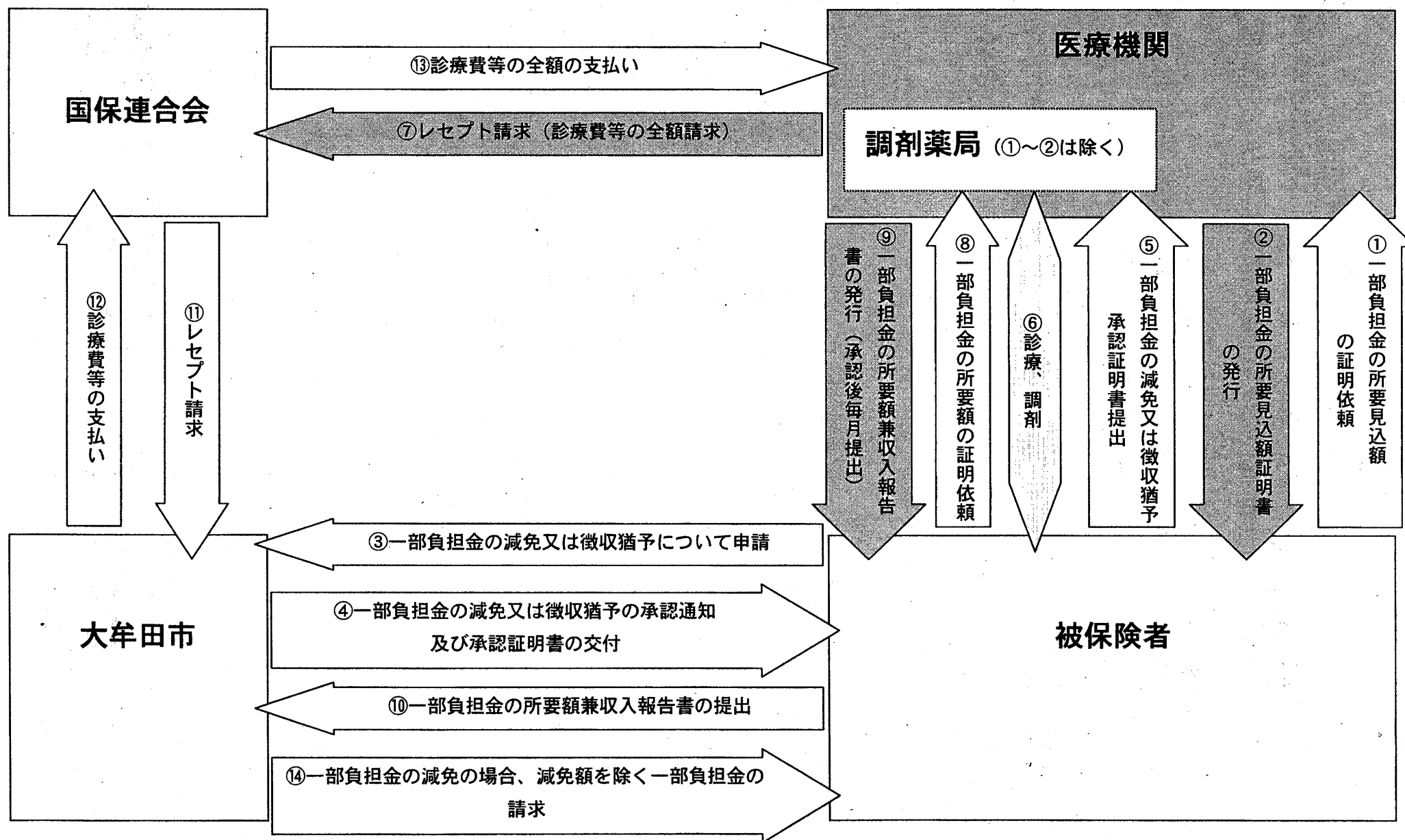
猶予を受けた  
一部負担金を免除します。

該当しない

猶予を受けた一部負担金は  
国民健康保険に支払うことになります

(別紙)

◆レセプト・診療費等の流れ (H25. 7. 1～)



## ◆レセプト・診療費等の流れ②(医療機関等⇒被保険者)

(様式第2号)

## 一部負担金の所要見込額証明書

|                                                        |                       |                |    |             |    |    |    |
|--------------------------------------------------------|-----------------------|----------------|----|-------------|----|----|----|
|                                                        |                       | 被保険者証<br>記号・番号 |    |             |    |    |    |
| 療養の給付を受ける者の<br>氏名及び生年月日                                |                       |                |    | 世帯主との<br>続柄 |    |    |    |
|                                                        |                       | 年 月 日生         |    |             |    |    |    |
| 世帯主                                                    | 氏名                    |                | 住所 | 大牟田市        |    |    |    |
| 傷病名<br>及<br>症<br>状                                     |                       |                |    |             |    |    |    |
| 療養給付<br>見込期間                                           | 年 月 日から 日間<br>年 月 日まで |                |    |             |    |    |    |
| 一部負担<br>金所要見<br>込額                                     | 合 計                   | 月分             | 月分 | 月分          | 月分 | 月分 | 月分 |
|                                                        | 円                     | 円              | 円  | 円           | 円  | 円  | 円  |
| 備 考                                                    |                       |                |    |             |    |    |    |
| 年 月 日<br>保険医療機関等<br>住所 _____<br>氏名 _____ 印<br>電話 _____ |                       |                |    |             |    |    |    |

※一部負担金所要見込額には、入院時の食事療養に係る標準負担額は含みません。

## ◆レセプト・診療費等の流れ⑨(医療機関等⇒被保険者)

(様式第16号)

## 年 月分 一部負担金の所要額兼収入額報告書

大牟田市長 殿

年 月 日

申告者住所  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

次のとおり平成 年 月分の収入額及び一部負担金額を報告いたします。

(収 入)

| 氏 名<br>(家族全員) | 収入額 | 収 入 内 容 |         |        |
|---------------|-----|---------|---------|--------|
|               |     | 就労収入    | 自営・農業収入 | その他の収入 |
|               | 円   | 円       | 円       | 円      |
|               | 円   | 円       | 円       | 円      |
|               | 円   | 円       | 円       | 円      |
|               | 円   | 円       | 円       | 円      |
|               | 円   | 円       | 円       | 円      |
|               | 円   | 円       | 円       | 円      |
|               | 円   | 円       | 円       | 円      |
|               | 円   | 円       | 円       | 円      |

記載箇所

収入、報酬等をいう。  
 農業収入、農業以外の事業収入をいう。  
 受給額、恩給・年金・失業保険金・公の給付金の受給額、仕送り・贈与等による収入、その他の収入(生命保険給付金等)をいう。

(一部負担金額)

|                 |        |        |                            |
|-----------------|--------|--------|----------------------------|
| 申請者<br>(世帯主)    | 住所     | 氏名     | 記号<br>番号                   |
| 受診者             | 続柄     | 傷病名    | 診療月                        |
| 療 養 の 給 付 所 要 額 |        |        | 保険医療機関<br>に対する自己<br>負担額支払分 |
| 療養の給付費          | 公費負担額  | 保険者負担額 | 一部負担金                      |
| ①+②+③<br>円      | ①<br>円 | ②<br>円 | ③<br>円                     |

上記のとおり証明する。

保険医療機関等名 \_\_\_\_\_ 印

## ◆レセプト・診療費等の流れ⑤（被保険者⇒医療機関等）

(様式第6号)

## 災害等による一部負担金の減免承認証明書

- ☐ 世帯主用
- ☒ 保険医療機関等用

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                 |  |                |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------|--|----------------|--------------|
| 被保険者の氏名<br>及び生年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 年 月 日生          |  | 被保険者証<br>記号・番号 | 世帯主との<br>続 柄 |
| 世帯主住所・氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 住所              |  |                |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 氏名              |  |                |              |
| 傷 病 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                 |  |                |              |
| 保 険 医 療 機 関                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 所在地             |  |                |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 名称              |  |                |              |
| 減 免 と な る 診 療 月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 年 月 から 平成 年 月まで |  |                |              |
| <p>年 月 日に申請されました一部負担金の減免につきまして、上記のとおり承認したことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>大牟田市長</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                 |  |                |              |
| <p>(世帯主の方へ)</p> <p>1 保険医療機関用証明書は医療機関に提出してください。</p> <p>2 減免となる一部負担金につきましては、上記の「減免となる診療月」に記載している期間のみとなります。</p> <p>3 申請内容に虚偽があった場合等は、減免した一部負担金の全部を返還していただく場合があります。</p> <p>4 入院時の食事療養に係る標準負担額については、減免の対象となりません。</p> <p>(医療機関の方へ)</p> <p>1 診療報酬の請求をするとき、診療報酬明細書にこの証明書の写しを添付してください。</p> <p>2 この通知書による一部負担金の取扱いについてご不明な点につきましては、下記へお問い合わせください。</p> <p>大牟田市役所 保険年金課 国民健康保険担当 TEL (0944) 41-2606</p> |  |                 |  |                |              |

## ◆レセプト・診療費等の流れ⑤（被保険者⇒医療機関等）

(様式第13号)

## 一部負担金の徴収猶予承認証明書

- ☐ 世帯主用
- ☒ 保険医療機関等用

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                 |  |                |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------|--|----------------|--------------|
| 被 保 険 者 の 氏 名<br>及 び 生 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 年 月 日生          |  | 被保険者証<br>記号・番号 | 世帯主との<br>続 柄 |
| 世帯主 住所・氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 住所              |  |                |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 氏名              |  |                |              |
| 傷 病 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                 |  |                |              |
| 保 険 医 療 機 関                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 所在地             |  |                |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 名 称             |  |                |              |
| 徴 収 猶 予 と な る 診 療 月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 年 月 から 平成 年 月まで |  |                |              |
| 徴 収 猶 予 期 間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 年 月 日まで         |  |                |              |
| 徴 収 猶 予 承 認 額                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 一部負担金全額         |  |                |              |
| <p>年 月 日に申請されました一部負担金の徴収猶予につきまして、上記のとおり承認したことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>大牟田市長</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                 |  |                |              |
| <p>(世帯主の方へ)</p> <p>1 保険医療機関用証明書は、医療機関に提出してください。</p> <p>2 徴収猶予した一部負担金につきましては、一部負担金、療養期間及び療養期間終了月から6月経過するまでの間の収入が確定した後、免除の判定を行います。</p> <p>3 申請内容に虚偽があった場合や収入状況に変化があった場合には、徴収猶予した一部負担金の全部又は一部を返還していただく場合があります。</p> <p>4 入院時の食事療養に係る標準負担額については、徴収猶予の対象となりません。</p> <p>(医療機関の方へ)</p> <p>1 診療報酬の請求をするときに、診療報酬明細書にこの証明書の写しを添付してください。</p> <p>2 この通知書による一部負担金の取扱いについてご不明な点につきましては、下記へお問い合わせください。</p> <p>大牟田市役所 保険年金課 国民健康保険担当 TEL (0944) 41-2606</p> |  |                 |  |                |              |

## ◆レセプト・診療費等の流れ⑦（医療機関等⇒国保連合会）

### レセプトの請求方法

国保被保険者が一部負担金の減免及び徴収猶予の措置を受けた場合は、国保被保険者が医療機関等の窓口で一部負担金を支払うのではなく、レセプト請求により療養給付費として全額を大牟田市国保から医療機関等へ支払うこととします。

#### 1 電子レセプトの場合

| 提出された証明の種類<br>(◆レセプト・診療費等の流れ⑤) | 入力項目  | 入力内容      |
|--------------------------------|-------|-----------|
| 災害等による一部負担金の<br>減免承認証明書        | 減免区分  | 「減免」を入力   |
|                                | 一部負担金 | 「0」を入力    |
| 一部負担金の<br>徴収猶予承認証明書            | 減免区分  | 「支払猶予」を入力 |
|                                | 一部負担金 | 「0」を入力    |

#### 2 紙レセプトの場合（資料参照）

##### ■「災害等による一部負担金の減免承認証明書」が提出された場合

- ①紙レセプトの右上の部分に朱書きで「免除」と記載する。
- ②紙レセプト下段の負担金額の欄に、下記のとおり記載する。

|        |             |
|--------|-------------|
| 負担金額 円 |             |
| 0      |             |
| 減額     | 割（円）免除・支払猶予 |

##### ■「一部負担金の徴収猶予承認証明書」が提出された場合

- ①紙レセプトの右上の部分に朱書きで「免除」と記載する。
- ②紙レセプト下段の負担金額の欄に、下記のとおり記載する。

|        |             |
|--------|-------------|
| 負担金額 円 |             |
| 0      |             |
| 減額     | 割（円）免除・支払猶予 |

(資料)

(記入方法)

減免

又は

支払猶予

朱書きで記載

○診療報酬明細書 (医科入院)

都道府県番号 平 成 年 月 日 医療機関コード

|     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |
|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|
| 1   | 1 | 社・国 | 3 | 後 期 | 1 | 単 独 | 1 | 本 入 | 7 | 高 入 |
| 医 科 | 2 | 公 費 | 4 | 退 職 | 2 | 2 併 | 3 | 六 入 |   |     |
|     |   |     |   |     | 3 | 3 併 | 5 | 家 入 | 8 | 高 入 |

保険者番号 給付割合 10 9 8 7 ( )

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

|         |                        |              |    |                                     |
|---------|------------------------|--------------|----|-------------------------------------|
| 区分      | 精神                     | 結核           | 療養 | 特記事項                                |
| 氏名      | 1男 2女 1男 2大 3昭 4平 生    |              |    | 保険医療機関の所在地及び名称                      |
| 職務上の事由  | 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害 |              |    |                                     |
| 傷病名     | (1) (2) (3)            |              |    | 診療開始日 (1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日 |
| 11 初診   | 時間外・休日・深夜 回 点          |              |    | 公費点数                                |
| 13 医学管理 |                        |              |    |                                     |
| 14 在宅   |                        |              |    |                                     |
| 20 投薬   | 21 内服薬                 | 単位           |    |                                     |
|         | 22 外用薬                 | 単位           |    |                                     |
|         | 23 外用薬                 | 単位           |    |                                     |
|         | 24 調剤                  | 日            |    |                                     |
|         | 25 調剤                  | 日            |    |                                     |
|         | 26 調剤                  | 日            |    |                                     |
|         | 27 調剤                  | 日            |    |                                     |
| 30 注射   | 31 皮下注射                | 回            |    |                                     |
|         | 32 静脈注射                | 回            |    |                                     |
|         | 33 その他                 | 回            |    |                                     |
| 40 処置   | 薬 剤                    | 回            |    |                                     |
| 50 手術   | 薬 剤                    | 回            |    |                                     |
| 60 検査   | 薬 剤                    | 回            |    |                                     |
| 70 画像診断 | 薬 剤                    | 回            |    |                                     |
| 80 その他  | 薬 剤                    | 回            |    |                                     |
| 90 入院   | 入院年月日 年 月 日            | 90 入院基本料・加算  | 点  |                                     |
|         |                        | 日 間          | ×  |                                     |
|         |                        | 日 間          | ×  |                                     |
|         |                        | 日 間          | ×  |                                     |
|         |                        | 日 間          | ×  |                                     |
|         |                        | 日 間          | ×  |                                     |
|         |                        | 92 特定入院料・その他 | 点  |                                     |
| 療養費     | 円                      | ※公費負担点数      | 点  |                                     |
| 食費      | 円                      | ※公費負担点数      | 点  |                                     |
| 特別食費    | 円                      | ※公費負担点数      | 点  |                                     |
| 食費      | 円                      | ※公費負担点数      | 点  |                                     |
| 環境      | 円                      | ※公費負担点数      | 点  |                                     |
| 請求      | 円                      | ※公費負担点数      | 点  |                                     |
| 減額      | 円                      | ※公費負担点数      | 点  |                                     |
| 支払猶予    | 円                      | ※公費負担点数      | 点  |                                     |

(記入方法)

負担金額 円 0

減額 割 (円) 免除 支払猶予

又は

負担金額 円 0

減額 割 (円) 免除 支払猶予

備考 1. この用紙は、日本工業規格A4用紙とすること。  
2. ※印の欄は、記入しないこと。

※入院外のレセプトも記載方法は同じ