

ひとり親家庭医療費助成事業にかかる レセプトの提出について

[目次]

- ひとり親家庭医療費助成事業に係る請求支払の概要・・・1ページ
- ひとり親家庭医療費助成事業に係る請求要領・・・・・・・・1ページ～
- 国保併用の記載例
 - 1. 記載事例1 総括票（国保）・・・・・・・・4ページ
 - 2. 記載事例2 請求書（国保）・・・・・・・・5ページ
 - 3. 記載事例3 明細書（国保一般の場合）・・・・6ページ
 - 4. 記載事例4 明細書（国保と公費併用の場合）・・・・7ページ
- 社保併用の記載例
 - 1. 記載事例5 総括票（社保：国保連合会提出用）・・・・8ページ
 - 2. 記載事例6 請求書（社保：国保連合会提出用）・・・・9ページ
 - 3. 記載事例7 明細書（社保：国保連合会提出用）・・・・10ページ
- 社保併用の診療報酬請求書・明細書の綴り方について・・・11ページ
- ひとり親家庭医療Q&A・・・・・・・・12ページ～

平成20年10月

宮崎県国民健康保険団体連合会

ひとり親家庭医療費助成事業にかかる レセプトの提出について

○ ひとり親家庭医療費助成事業に係る請求支払の概要

1. 給付内容（入院のみ）

（1）保険給付対象の一部負担金相当額

（例）7割給付の場合の3割分

[02:長]の場合は10,000円（但し、[16:長]については20,000円）

（2）公費負担医療に対する一部負担金額

（対象公費番号 10、11、15、16、24、38、51（602）、52、79）

※ 入院時食事療養費及び入院時生活療養費は、該当しません。

2. 受給者負担

レセプト1件あたり 1,000円

3. 請求先

宮崎県国民健康保険団体連合会

4. 請求締切日

毎月 10日

5. 支払方法

宮崎県国民健康保険団体連合会から診療報酬と一緒に指定された口座に振り込みます。

○ ひとり親家庭医療費助成事業に係る請求要領

1. 請求方法

公費負担医療に準じた請求とします。

2. 医療番号の設定

医療番号を「88」とします。

（例 宮崎市の公費実施者番号 88450010）

参考

8	8	4	5	0	0	1	0
法 番	別 号	都道府県 番 号	実施機関 番 号			検証 番号	

3. レセプト等の作成

(1) 国保と併用の場合

受給資格証に記載された公費負担者番号、受給者番号、一部負担金（1,000円）等をレセプトに追加転記します。

請求書の公費欄にひとり親家庭医療分を集計します。

(2) 社保と併用の場合

8ページ以降の記載事例を参照してください。

4. その他

ひとり親家庭医療費助成事業自体の問合せについては、宮崎県こども家庭課か、各県内市町村の担当課に問合せください。

記載事例1 総括票（国保）

国保分

平成 年 月分診療報酬総括票

事務済印

審査済印

医

県内分 県外分

科目コード	保険医療機関	標榜科コード	保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名	〒 (-) TEL () (-)
-------	--------	--------	----------------------	---

入 力 バ ッ チ							請求書枚数	明細書枚数	返戻枚数	(長)枚数	(原)枚数
県番号	決済コード	点数区分	種別コード	係コード	No.	ラスト	⑭	⑮	⑯	⑰	⑳
⑧	②	③	④	⑤	⑥	⑦					
		1	1								

国保分	区 分	入 院		入 院 外		※高額レセプト件数(再掲)
		件 数	点 数	件 数	点 数	
	一 般	<div style="border: 2px solid green; padding: 10px; text-align: center;"> <p>※ 国保分の総括票には、「ひとり親家庭医療費」にかかる新たな記載はありません。</p> </div>				
	退 職 者					
	老 人 (月遅れ)					
合 計						
後 期 分	区 分	入 院		入 院 外		件
		件 数	点 数	件 数	点 数	
	合 計					

※ 高額レセプト件数欄（再掲）には、8万点以上のレセプト件数を記載して下さい。なお、8万点以上のレセプトには、日計表及び理由書を添付のうえ別綴じで提出して下さい。

担当者	入力年月日	担当者
	年 月 日	

第三者行為（交通事故等）に該当する場合は、レセプトの**特記事項欄**に『10・第三』と、洩れのないように記載をお願いします。

宮崎県国民健康保険団体連合会

医 診療科 平成 年 月分診療報酬明細書送付票

受付印	保険医療機関	医療機関コード	県内分	県外分
受付月日	送付月日	(国保分)	件数	点数
月日	月日			
	送付別	(後期分)	件数	点数
	直送・郵送			

⑨ 太線の枠内のみ保険医療機関において記入し、毎月10日までに必着するようにご提出下さい。

ひとり親家庭医療費受給資格者証	
受給者証番号	0 0 0 0 0 1 8
受給対象者	氏名 国保太郎 男(女)
	生年月日 昭和・平成 年 月 日生
	住所 ○○市下原町231番地1
有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで
交付年月日	平成 年 月 日
自己負担額	(入院) 1診療報酬明細書につき 1,000円/月
	(入院外) 医療保険の一部負担金の額
発行機関名及び印	宮崎県 ○○市長
公費負担者番号	8 8 4 5 0 * * *

①受給者番号
必ず7桁を記載してください。

②自己負担額
公費欄の負担金額欄に記載してください。

③その他
市町村によっては、資格者証が世帯単位で発行されている場合があります。但し、受給者番号は1人にそれぞれ1つ付与されていますので、窓口での確認をお願いします。

診療報酬明細書 (医科入院)		都道府県番号	医療機関コード	1 医科	1 社・国 3 後期 4 退職	1 単 2 2併 3 3併	1 本入 3 六入 5 家入	7 高入 9 高入 7		
平成 20 年 10 月分		45		4	5	0	0	1	5	10 9 8 7
公費負担者番号①	8 8 4 5 0 0 1 0	公費負担者番号②	0 0 0 0 0 1 8	被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号						
区分	精神 結核 特例 老人 重点 療養 複合 補 特 記 事項	氏名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 生								
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								
診療開始日	転	30 日								
請求点	※ 決定点	負担金額 円	90	請求 円	※ 決定 円	(標準負担額) 円				
20,000		1,000	57,600			23,400				
療養の給付	※	円	円	円	円	円				
公費①	※	円	円	円	円	円				
公費②	※	円	円	円	円	円				

記載事例 2 請求書(国保)

平成 年 月分診療報酬請求書(医科) (県内分)

(宮崎県)

保険者

県 市町村 殿

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

国保分(例)

印

下記の通り請求する。

平成 年 月 日

保険者番号		県番号		医療機関コード				表 別									
4	5	0	0	1	5	4	5	*	*	*	*	*	*	*	*	医科	1

区分	療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養													
	件数	日数	点 数	一部負担金	件数	回数	金 額	標準負担額										
一 般 被 保 険 者	七〇歳以上 一般・低所得	請求	入院	21														
			入院外	22														
	※決定	入院																
		入院外																
	七〇歳以上七割	請求	入院	23														
			入院外	24														
	※決定	入院																
		入院外																
	一般被保険者	請求	入院	25	2	60	40,000		2	180	115,200	23,400						
			入院外	26														
	※決定	入院																
		入院外																
六歳	請求	入院	27															
		入院外	28															
※決定	入院																	
	入院外																	
退 職 者	本人	請求	入院	29														
			入院外	30														
	※決定	入院																
		入院外																
	被扶養者	請求	入院	35														
			入院外	36														
	※決定	入院																
		入院外																
	六歳	請求	入院	37														
			入院外	38														
	※決定	入院																
		入院外																
公 費 負 担 医 療	公費番号 51 割合 3	請求	入院	43		20	10,000	4,500					60	38,400	15,600			
			入院外	44														
	※決定	入院																
		入院外																
	公費番号 88 割合 3	請求	入院	45	2	60	40,000	2,000										
			入院外	46														
※決定	入院																	
	入院外																	

様式第六

公費の欄に再計上します。

ひとり親家庭医療は食事・生活療養費を給付しないので計上しません。

備 考

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

注1. この用紙は、A列4番とすること。
注2. ※印の欄は、記入しないこと。

記載事例 3 国保一般の場合

様式第二(一) (第二条関係)

診療報酬明細書 (医科入院)		都道府県番号		医療機関コード		1 ①社・国		3 後期		1 単独		① 本入		7 高入-					
						2 公費		4 退職		3 3併		3 六入		5 家入		9 高入7			
平成 年 月 分																			
公費負担者番号①				8 8 4 5 0 0 1 0				公費負担医療の受給者番号①				0 0 0 0 0 1 8							
公費負担者番号②								公費負担医療の受給者番号②											
保険者番号		4 5		0 0		1 5		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		保険医療機関の所在地及び名称											
氏名		1男 2女 1明 2大 3昭 平 . . 生																	
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)				診療開始日		(1) 年 月 日		転治ゆ		死亡		中止		診療実日数		30 日	
		(2)						(2) 年 月 日										日	
		(3)						(3) 年 月 日										日	
療養の給付		請求点※		決定点		負担金額 円		保険回数		請求 円※		決定 円		(標準負担額) 円					
		20,000				減額 割(円)免除・支払猶予		90		57,600				23,400					
		公費①		点※		点		食事・生活療養費		0		円※		円		円			
						1,000				0		円※		円		円			
																円			

現在の記載項目にひとり親家庭医療にかかる必要項目を追加記載します。

ひとり親家庭医療は食事・生活療養費を給付しないので、「0」を記載します。

■ 国保一般(7割)のイメージ

現在の請求分に矢印の分を追加記載し、請求します。

- ・保険者負担 (療養の給付) $20,000 \text{点} \times 10 \times 0.7 = 140,000 \text{円}$
(食事・生活療養) $57,600 \text{円} - 23,400 \text{円} = 34,200 \text{円}$
- ・ひとり親家庭医療負担 $20,000 \text{点} \times 10 \times 0.3 - 1,000 \text{円} = 59,000 \text{円}$
- ・患者負担 $1,000 \text{円} + (\text{標準負担額}) 23,400 \text{円}$

記載事例 4 国保と公費併用の場合(法別51)

様式第二(一)(第二条関係)

診療報酬明細書 (医科入院)										都道府 医療機関コード 県番号		1 医科	①社・国 2公費	3後期 4退職	1単独 2併 ③3併	①本入 3六入 5家入	7高入- 9高入7	
平成 年 月 分										保険者 番号		4	5	0	0	1	5	給付割合 10 9 8 7 ()
公費負担者番号①					公費負担医療の受給者番号①					00000018								
公費負担者番号②					公費負担医療の受給者番号②					00000018								
区分 精神 結核 療養 氏名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . . 生 職務上の事由 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害										特記事項 保険医療機関の所在地及び名称								
傷病名	(1)	(2)	(3)	診療開始日	(1)	(2)	(3)	転治ゆ	死亡	中止	診療実日数	30	日					
											30	日						
											30	日						

ひとり親家庭医療は**必ず保険と同日数、同点数**ため、
 保険点数と同点数を公費2の請求点数欄に
 保険日数と同日数を公費2の日数欄に記載
 してください。

療養の給付	請求点※	決定点	負担金額 円	減額 割(円)免除・支払猶予	保険回数	請求円※	決定円	(標準負担額) 円
保険	20,000				90	57,600		23,400
公費①	10,000		4,500		60	38,400		15,600
公費②	20,000		1,000		0	0		0

■ 国保一般(7割)と公費(51)との併用のイメージ

- ・保険者負担 (療養の給付) 20,000点 × 10 × 0.7 = 140,000円
 (食事・生活療養) 57,600円 - 23,400円 = 34,200円
- ・公費(51)負担 10,000円 × 10 × 0.3 - 4,500円 = 25,500円 + (標準負担) 15,600円
- ・ひとり親家庭医療負担 (保険単独分) 10,000点 × 10 × 0.3 = 30,000円
 (公費分) 4,500円 } 30,000円 + 4,500円 - 1,000円 = 33,500円
- ・患者負担 1,000円 + (標準負担額) 7,800円

記載事例 5 総括票(社保)

入力バッチ							
県番号	決済コード	点数区分	種別コード	係コード	No.		ラスト
45	6	1	1				

請求書 枚数 ⑭	明細書 枚数 ⑮	返戻 枚数 ⑯	Ⓜ 枚数 ⑰

Ⓜ 〔国保連合会提出〕

平成 年 月診療分 乳幼児医療等総括票（社保併用分）

機 関 コード	〇〇〇〇〇〇〇	保険医療機 関の所在地 及び名称、 開設者氏名	〒 (—) 宮崎県〇〇市〇〇町〇〇番地 〇〇病院 TEL ()(—)
------------	---------	----------------------------------	---

区 分	件 数	点 数	一 部 負 担 金
乳 幼 児 医 療	入 院		
	入院外		
	計		
そ の 他 の 医 療	入 院	1	20,000
	入院外		
	計	1	20,000

社保併用総括票のイメージ

- 乳幼児(等)医療費分（公費番号「81」）
の分のみ記載してください。
- ひとり親家庭医療費分（公費番号「88」）
重度障害者(児)医療分（公費番号「95」）
都城市・三股町地方単独事業分（公費番号「90」）
の分を合算してその他の医療欄に記載してください。

記載事例 6 請求書(社保)

平成 年 月分診療報酬請求書(医科) (県内分)

(宮崎県)

保険者

県 市町村 殿

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

社保分(例)

印

下記の通り請求する。

平成 年 月 日

保険者番号	県番号	医療機関コード	表別
4 5 0 0 0 1 0	4 5	* * * * * * * *	医科 1

区分		療養の給付		食事療養・生活療養						
		件数	日数	件数	回数	金額	標準負担額			
一般	七〇歳以上 一般・低所得	請求	入院	21						
			入院外	22						
		※決定	入院							
			入院外							
	七〇歳以上七割	請求	入院	23						
			入院外	24						
		※決定	入院							
			入院外							
	一般被保険者	請求	入院	25						
			入院外	26						
		※決定	入院							
			入院外							
六歳	請求	入院	27							
		入院外	28							
	※決定	入院								
		入院外								
退職者	本人	請求	入院	29						
			入院外	30						
		※決定	入院							
			入院外							
	被扶養者	請求	入院	35						
			入院外	36						
	※決定	入院								
		入院外								
六歳	請求	入院	37							
		入院外	38							
	※決定	入院								
		入院外								
公費負担医療	公費番号 88 割合 3	請求	入院	43	1	30	20,000	1,000		
			入院外	44						
		※決定	入院							
			入院外							
	公費番号 88 割合 2	請求	入院	45						
			入院外	46						
	※決定	入院								
		入院外								

様式第六

公費「81、95」とは別に作成して下さい。

公費負担者番号「88450010」の下6桁を記載して下さい。
※ 明細書の保険者番号を記載しないでください。

※注意
社保分についても国保の請求書を使用します。

社保の場合は、公費の欄のみを使用します。給付割合別に記載します。

備考

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

注1. この用紙は、A列4番とすること。
注2. ※印の欄は、記入しないこと。

記載事例 7 社保:国保連合会提出用

様式第二(一)(第二条関係)

診療報酬明細書 (医科入院)		都道府県番号 45	医療機関コード 011.***.*	1 ①社・国 2 公費	3 後期 4 退職	1 単独 2 併 3 併	①本入 3 六入 5 家入	7 高入 9 高入7				
平成 20 年 10 月 分		保険者番号 8 0 0 1		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 00000001						
公費負担者番号①	8 8 4 5 0 0 1 0	公費負担医療の受給者番号①	0 0 0 0 0 1 8									
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②										
区分	精神 結核 療養	特記事項		宮崎県 宮崎市 ○○町 ○○番地 ○○病院								
氏名	社保 太郎			保険医療機関の所在地及び名称 ○○病院								
①男 ②女	1 男	2 女	3 昭	④平 2. 10. 1 生								
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)	(2)	(3)	転治ゆ	死亡	中止	診療実日数	30 日
この部分の記載が必要です。(必須項目) 社保とひとり親家庭医療の併用の場合は、診療年月、医療機関コード、医療機関の住所、名称、患者のレセプト種別、保険者番号、公費負担者番号、公費受給者番号、氏名、性別、生年月日、実日数、請求点数、負担金額												
療養の給付	請求点	※	決定点	負担金額 円	保険回数	請求 円	※	決定 円	(標準負担額) 円			
公費①	20,000			減額 割(円)免除・支払猶予	90	57,600			23,400			
公費②				1,000	0	0			0			

■ 社保(7割)の記載のイメージ

パソコン等を使用して明細書を作成する方法として次の方法があります。

- ① 国保連合会提出用として必要項目のみを印刷する。
- ② 支払基金提出用と同じものにひとり親家庭医療の必要事項を追加したものを印刷する。

【お願い】

支払基金への請求分には、ひとり親家庭医療にかかる項目(公費負担者番号・受給者番号・負担金額)は印刷しないでください。(OCR欄も同様です。)

- ・ 保険者負担 (療養の給付) $20,000 \text{点} \times 10 \times 0.7 = 140,000 \text{円}$
(食事・生活療養) $57,600 \text{円} - 23,400 \text{円} = 34,200 \text{円}$
- ・ ひとり親家庭医療負担 $20,000 \text{点} \times 10 \times 0.3 - 1,000 \text{円} = 59,000 \text{円}$
- ・ 患者負担 $1,000 \text{円} + (\text{標準負担額}) 23,400 \text{円}$

社保併用分の診療報酬請求書・明細書の編り方

※ 社保併用の県単等事業(公費81、88、95、90)にかかる分を、それぞれの公費毎、市町村毎に請求書を付けて編りつけてください。

