

福島県の子ども医療費助成事業における
請求方法等について

平成25年12月

社会保険診療報酬支払基金

目 次

| | |
|---------------------------|---|
| ■ 診療報酬請求書の記載方法 | 1 |
| ■ 請求事例(医科・入院) | 2 |
| ■ 請求事例(医科・入院外) | 3 |
| ■ 請求事例(歯科) | 4 |
| ■ 請求事例(調剤) | 5 |
| ■ 請求事例(訪問看護) | 6 |
| ■ 増減点連絡書(機械様式第20号の1)の表示例 | 7 |
| ■ 返戻内訳書(機械様式第20号の2)の表示例 | 8 |
| ■ 当座口振込通知書(機械様式第87号A)の表示例 | 9 |

- ※ 請求事例以外については、医科の事例を参考として記載しています。
- ※ 請求事例については、家族3割負担の場合を事例として記載しています。
- ※ 福島県外の医療機関等におかれましては、平成26年2月診療以前分は、請求できませんのでご注意ください。

診療報酬請求書の記載方法

【1枚目】

平成 年 月 分診療報酬請求書(医科・歯科 入院・入院外併用)
別紙 2

医療機関コード
保険医療機関の
所在地及び名称
開設者氏名 印 入・外

下記のとおり請求します。 平成 年 月 日

| 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 |
| (中略) | | | | | | | | |
| 医保〇〇と公費の併用 | | | | | | | | |
| 01 (協) | | | | | | | | |
| 02 (協) | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | |
| 31~34 (共) | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | |
| 63・72~75 (自) | | | | | | | | |
| 小計 | | | | | | | | |

請求書1枚目の該当種別の「医保〇〇と公費の併用」欄に請求件数等の記載をお願いします。
(国の公費負担医療に係る請求書の記載方法と同様です。)

【2枚目】

○福島県子ども医療費助成事業以外に法別番号(80)の医療費助成事業に係る診療報酬の請求がない場合

| 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 |
| 12(生保) | | | | | | | | |
| 10(感染症37の2) | | | | | | | | |
| 80(子ども) | | | | | | | | |
| 12(生保) | | | | | | | | |
| 10(感染症37の2) | | | | | | | | |

請求書2枚目の「公費と医保の併用」欄の空白行に法別番号(80)等を記載のうえ請求件数等の記載をお願いします。(括弧内は、省略しても差し支えありません。)

○福島県子ども医療費助成事業以外に法別番号(80)の医療費助成事業に係る診療報酬の請求がある場合
(例① それぞれの請求件数等を分けて記載する場合)

| 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 |
| 12(生保) | | | | | | | | |
| 10(感染症37の2) | | | | | | | | |
| 80(ひとり親) | | | | | | | | |
| 80(福島子ども) | | | | | | | | |
| 13(生保) | | | | | | | | |
| 10(感染症37の2) | | | | | | | | |

請求書2枚目の「公費と医保の併用」欄の空白行にそれぞれの法別番号(80)等を記載のうえ請求件数等の記載をお願いします。(括弧内は、省略しても差し支えありません。)
※記載例は、県内のひとり親家庭医療費助成事業及び福島県子ども医療費助成事業(どちらも法別番号(80))の請求をそれぞれ分けて記載する場合。

(例② それぞれの請求件数等を合算して記載する場合)

| 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 |
| 13(生保) | | | | | | | | |
| 10(感染症37の2) | | | | | | | | |
| 80(自治体医療) | | | | | | | | |
| 12(生保) | | | | | | | | |
| 10(感染症37の2) | | | | | | | | |

請求書2枚目の「公費と医保の併用」欄の空白行に法別番号(80)等を記載のうえ、法別番号(80)の医療費助成事業に係る請求件数等を合算して記載をお願いします。
(括弧内は、県内の医療費助成事業名(乳幼児、ひとり親、重度心身等)でも可能です。また、省略しても差し支えありません。)

例①・②のいずれの方法でも請求が可能です。

■請求事例(医科・入院)

医療保険と(80)子どもの2者併用(家族3割負担)の場合

○診療報酬明細書
(医科入院)

都道府県 医療機関コード
県番号 999,999.9

| | | | | |
|--------|------|------|------|-------|
| 1 ①止・四 | 3 後期 | 1 単独 | 1 不入 | 7 高入 |
| 2 公費 | 4 退院 | ②2併 | 3 六入 | 0 高入7 |
| | | 3 3併 | ③家入 | 0 高入7 |

平成 20 年 3 月分

| | | | | | |
|----------|-----|----|------|---------------|----------|
| 公費負担者番号① | 810 | 07 | 0000 | 公費負担医療の受給者番号① | 00000000 |
| 公費負担者番号② | | | | 公費負担医療の受給者番号② | |

| | | |
|-------|----------|--------|
| 医療者番号 | 00000000 | 10 0 8 |
| 診療日 | | 7 () |

医療保険者証・被保険者承認等の記号・番号

| | | | | | | | | |
|--------|------------------------|----|---|----|----|---|----|----|
| 氏名 | | 性別 | 男 | 年齢 | 12 | 生 | 12 | 18 |
| 病歴上の事由 | 1 病歴上 2 下始後3月以内 3 通院回数 | | | | | | | |

医療機関の所在地及び名称
○○病院

| | | | | |
|--------|-----------------|----------|------|----------|
| 診療日 | (1) 年月日 | 給付(死亡)中止 | 診療日数 | 10 日 |
| 診療日 | (2) 年月日 | | 診療日数 | 日 |
| 診療日 | (3) 年月日 | | 診療日数 | 日 |
| 診療日 | 省略しても差し支えありません。 | | | |
| 医療費の精算 | 20,000 円 | 公費負担額 | 30 円 | 19,200 円 |
| | | 公費負担額 | 30 円 | 19,200 円 |
| | | 公費負担額 | | 7,800 円 |
| | | 公費負担額 | | 7,800 円 |

省略しても差し支えありません。

【各医療費の請求(負担)金額】

○療養の給付

医療保険

$$140,000 \text{ 円} = 200,000 (\text{総医療費}) \times 0.7$$

(80)子ども

$$60,000 \text{ 円} = 200,000 (\text{総医療費}) \times 0.3 - 0 (\text{80患者負担})$$

患者

0 円

○食事療養費

医療保険

$$11,400 \text{ 円} = 19,200 - 7,800$$

(80)子ども

7,800 円

患者

0 円

■請求事例(医科・入院外)

医療保険と(80)子どもの2者併用(家族3割負担)の場合

診療報酬明細書(医科入院外) 平成 26年 3 月分 県番 00 医号 999.999.9

| | | | | | | | |
|-------|----|----|-----|-----|--|-----|--|
| 1医科 | | 1社 | | 22併 | | 6家外 | |
| 保険 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇〇 | 〇 | | | |
| 記号・番号 | | | | | | | |

| | | | |
|-----|-------------|-----|----------|
| 公費① | 80 07 〇〇〇 〇 | 公受① | 〇〇〇〇〇〇 〇 |
| 公費② | | 公受② | |

| | | | |
|--------|-----------------|------|--|
| 氏名 | 性別 男 平 15.2.7 生 | 特記事項 | |
| 職務上の事由 | | | |

保険医療機関の所在地及び名称

| | | | | | | | |
|---|-----|-----------|-------|------|---|---|---|
| 傷 | (1) | (1) 年 月 日 | 診療開始日 | 診療日数 | 保 | 2 | 日 |
| 病 | (2) | (2) 年 月 日 | | | | | |
| | | | | | ① | | 日 |
| | | | | | ② | | 日 |

| | | | | | |
|-------|----|-------|------|----------|---------------|
| 療養の給付 | 保険 | 請求点 | ※決定点 | 一部負担金額 円 | |
| | 公① | 1,000 | | 0 | |
| | 公② | | | | ※高額 円 ※公点 ※公点 |

省略しても差し支えありません。

【各医療費の請求(負担)金額】

○療養の給付

医療保険
 $7,000 \text{ 円} = 10,000 \text{ (総医療費)} \times 0.7$

(80)子ども
 $3,000 \text{ 円} = 10,000 \text{ (総医療費)} \times 0.3 - 0 \text{ (80患者負担)}$

患者
 0 円

保険医療機関、保険薬局及び訪問看護ステーションの皆様へ

平成26年3月診療分（4月請求分）から
福島県の一部市町村が実施する「子ども医療費助成事業」の
県外受診分に係る審査支払事務を受託します

医療機関等の皆様には、平成26年3月診療分（4月請求分）から、福島県の一部市町村^{*1}が実施する子ども医療費助成事業の受給者（被用者保険）の方が受診された際には、現物給付での対応^{*2}にご協力をお願いいたします。

なお、該当するレセプトの請求に関しましては、電子レセプト（オンライン又は電子媒体）による請求若しくは紙レセプトによる請求^{*3}にご協力をお願いいたしますが、いずれの請求においても対応が困難な場合は、従前どおりの、受給者の方が医療機関等の窓口で一部負担金を支払っていただいた後、市町村に申請を行うことにより還付をうける償還払いとなります。

ご不明な点等ありましたら、下記の間合わせ先まで連絡願います。

※1 県外受診分を受託する福島県内各市町村（公費負担者番号）については、別途ご連絡いたします。

※2 受給者の方からは窓口での徴取を行わず、被用者保険と医療費助成事業の併用レセプトにより、各医療機関等が所在する都道府県の社会保険診療報酬支払基金支部へ請求していただくこととなります。

なお、平成26年2月診療以前分を併用レセプトで請求された場合、レセプトを医療機関等にお返しすることとなりますのでご留意願います。

※3 請求方法は、医療機関等の状況に応じて選択していただくこととなります。

レセプトコンピュータを使用した請求をお考えの場合は、事前に請求が可能であることをレセコンベンダー等にご確認願います。また、レセプトコンピュータのシステム改修が必要な場合の改修の実施及び時期については各医療機関等のご判断となります。

なお、電子レセプトでの請求が困難な場合は、紙レセプトでの請求も可能となりますので、できる限りのご協力をお願いいたします。

詳しい請求方法等については、支払基金ホームページに掲載しております。

【福島県子ども医療費助成事業の助成内容】（平成25年10月現在）

- ・対象年齢→入院・入院外ともに0歳から18歳まで
- ・患者負担額→なし 食事療養費の標準負担額→なし
- ・法別番号→80（公費負担者番号 80.07.***.＊）

◇本件に関するお問合わせ先◇

・社会保険診療報酬支払基金京都支部 事業管理課 事業管理第1係

075-312-2400（代表）（内線311～312・314～318）