

茨城県に係る確認事項

平成16年1月20日
JRCエンジニアリング(株)

1. 国保

1.1 診療報酬請求書(医科)

(1) 国保連発行の請求事務要領には「一般・退職と老人分に分けて、それぞれに請求書(2枚1組)を添付し提出する」と有ります。一般・退職と老人の双方が集計された場合は2枚2組の請求書が必要なのでしょうか。
必要です。

(2) 県外政令指定都市の請求方法に注意は必要でしょうか(区を市で括るとか…)。
県外分は区毎です。

(3) 法定外給付割合の国保組合について、どのように仕分け請求すのでしょうか。特に給付割合別に請求を分けるような書式では無いようです。
(中央建設の組合員、非組合員、および茨城県歯科医師の世帯員外来とその他、が割合が同一組合内で異なるようです)
給付割りに関係なく合算して印字します。

(4) 公費負担医療欄は2件分しか有りません。全国公費と地方公費に分けてそれぞれを集計値を記載するのでしょうか。もしその場合、全国分と地方分の併用者が居た場合、点数および一部負担金の記載要領を教えてください
全ての公費を合算して公費欄に1行で印字します。

1.2 診療報酬請求総括表

(1) 実際の用紙が未入手です。1部頂戴出来ませうでしょうか。

(2) 国保連発行の請求事務要領には「医療福祉及び公費負担欄は件数のみを再掲する」と有ります。点数欄に記入不要の斜線が入ってお
りませんか宜しいのでしょうか。

件数のみです。(医療福祉欄は社保と国保の合算件数です)

2. 医療福祉 …… 請求書の記載に関して

(1) 受給者証の記号は県内全市町村に付いて、「菜ー〇××」の形式で付与されているのでしょうか。なお、〇は対象者区分を表し、××は市町村コードを表す。また番号は県内全市町村に付いて“最大6桁の数字”で付与されているのでしょうか。(7桁も有るようですが)患者情報欄は各自治体にて記入済みです。

(2) 「保険種別」で自衛官は共済に含めるのでしょうか。患者情報欄は各自治体にて記入済みです。

(3) 「患者負担限度額(老人・高齢)」に係る所得情報、「訪問看護」、および「長期入院」に付いては、当面記載出来ません(ORCA本体から公費情報としての開示が為されていないため)

(4) 「高齢重度者」の請求点数、請求金額を記載した場合は「保険請求点数」「保険請求金額」は空欄で良いのでしょうか。

川島 係長 へ

別紙 1

平成 年 月分
妊産婦医療福祉費支給申請書内訳票

保険医療機関番号 _____

所在地及び名称 _____

	件数
国保	
社保	
合計	

県内分、県外分それぞれ

薬局コード ()

平成 年 月分 調剤報酬請求総括票

保険薬局の
所在地及び名称
開設者氏名

区分	件数	点数	原 受付件数	受付日付印
国保	一般被保険者			
	退職被保険者 (本票)			
老人保健			件	X
医療福祉	社+国 老+若			
公費負担				

当月の処方せん受付回数 (X) 回

301-1557 審査課

マル福制度からのお願い

茨城県保険福祉部厚生労働部国民健康保険室

日頃から「医療福祉（マル福）制度」の円滑な推進に、特にお力をお借りいただき、厚く御礼申し上げます。

さて、皆様もご存じのとおり、老人保健法の改正により老人医療の一部負担金が平成14年10月1日から一般1割・一定以上所得者2割となりましたが、医療福祉費請求書につきましては、従来の用紙を補正して使用してまいりました。平成15年4月1日から、健康保険法の改正による社会保険本人及び家族入団の3割負担、高額一部負担金の廃止等が適用になるため、別紙のとおり医療福祉費請求書の改正を行うことといたしましたので、ご協力方宜しくお願いいたします。従来の請求書と記入上の注意は概ね同じですので、請求書裏面を参照してください。（変更点は下記のとおりです。）
なお、システムの都合により、旧請求書につきましては平成15年6月診療分までの対応といたしますので、旧用紙使用による月遅れ請求などは無いようお願いいたします。記載方法につきましては、下記を参照してください。

<変更点>

- ・訪問看護用の医療福祉費請求書と様式を統一しました。
- ・「本人・家族区分」欄の設置。（必須）
 - レセプトの「本人・家族」欄に記載した番号を記入してください。
- ・「患者負担限度額」欄の設置。
 - 該当する箇所を○印で囲んでください。
- ・「保険請求金額」欄の設置。
 - 訪問看護の場合記入してください。
- ・「高額一部負担金額」欄の削除。
- ・「公費負担等」欄の変更。
 - 「特定疾患」(腫)、 「長期高額疾病」(基)、 「在宅診療」を新たにこの欄にしましたので、該当する場合、該当する箇所を○印で囲んでください。
- ・「訪問日」欄の設置。
 - 訪問看護の場合記入してください。

<旧請求書記載上の注意>

・「請求点数」欄には、点数と併せてレセプトの「本人・家族」欄に記載した番号を記入してください。記入漏れは返戻になります。

レセプトの「本人・家族」欄に記載した番号を記入してください

請求点数	2とみ8 →大分ナビOK 点数	高 額 一 部	円	患 者	3割・2割・1割	外 来 ・ 入 院
		負 担 金 額				
		公 費	点	割 合	円	外 来 ・ 入 院
		負 担 額				

(様式第6号)

医療 歯科 調剤 訪問				医療機関・指定訪問看護コード			
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> 医療福祉費請求書							
有効期限 平成 年 月 診療分まで				平成 年 月 日			
貴院 <small>医療福祉費請求書の所在地及び名称</small> 〒 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇							
平成 年 月分の医療福祉費を下記のとおり請求します。							
() 受給者 氏名 生年月日 性別 大正 年 月 日生 昭和 年 月 日生 平成 年 月 日生		受給者 氏名 性別 男 女		保険種別 国・道・郡・市・区・町・村 保険者番号		被保険者証 記号番号	
本人・家族 保険請求 点数 円		公費負担 額 円		特定疾患 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		一定以上所得・一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ 3割・2割・1割 外來・入院 の別 外來 入院 訪問看護	
外來診療 日数		外來自己 負担金額 (減額を除く)		500円× 回 決定点数 円		決定金額 円	
高 額 請求 者		請求点数 円		決定点数 円		決定金額 円	
入院日数 長期入院 該当・非該当 日		額 決定 円		780円× 日 円		減額 円× 日 円	
食事療養 日		決定 円		円		円	
訪問日 (訪問看護)		日 ()					
備考							

<医療機関を受診される方・訪問看護を受ける方への注意>

1. 茨城県外の医療機関、薬局及び訪問看護ステーション（以下「医療機関等」という。）では、この請求書によってかかることはできません。
2. この請求書と被保険者証（又は組合員証）及び医療福祉受給者証を医療機関等の窓口へ提出してください。（老人保健法の適用を受けている方は、これらにあわせて健康手帳も提出してください。）
「標準負担額減額認定証」（老人の場合は、「一部負担金限度額適用・標準負担額減額認定証」）の交付を受けている方が入院する場合は、これらもあわせて提出してください。
この請求書を提出しないと、医療保険各法の「一部負担金」等を支払うことになります。
3. この請求書は、原則として毎月1枚医療機関等へ提出してください。ただし、入院と通院をした場合等は、2枚以上必要となることがあります。なお、薬局は医療機関とは別に1枚必要になります。
4. 請求書の手持ちがなくなった場合は、すぐ住居地の市役所・町村役場へ申し出てください。この場合、受給者証及び被保険者証（又は組合員証）を提示してください。
5. 入院以外の場合は、1日500円（500円に満たない場合は、その満たない額）、月2回までの外来自己負担金をお支払いください。（重度心身障害者を除く。）但し、薬局では外来自己負担金をお支払いいただく必要はありません。

<医療福祉費へのお願い>

この医療福祉費は、次の方法により請求してください。

1. この請求書は、診療又は訪問看護の翌月に作成する診療報酬明細書、調剤報酬明細書又は訪問看護報酬明細書（以下「レセプト」という。）から記入してください。この場合、レセプトの上欄欄外に印を押してください。
2. 国保分（通院及び国保組合を含む。）についてはレセプトの下にこの請求書を重ね、国保以外のもの（通院及び国保組合を除く。）については一括して国保のレセプトの一番下に順じ込み、茨城県国保連合会へ送付してください。この場合、開設者氏名印、請求点数欄等に記入漏れがあると返戻されますので、とくに注意してください。
また、訪問看護の場合は、被受給者証を発行している各市町村へ直接送付してください。送付の際は、レセプトの裏しを請求書の下に添付してください。
3. 本人・家族区分欄は、レセプトの「本人・家族」欄に記載した番号を記載してください。
4. 患者負担限度額欄は、一定以上所得、一般、低所得Ⅱ、低所得Ⅰのいずれか該当する箇所を○印で囲んでください。
5. 保険請求点数欄は、レセプトと一致するようにしてください。ただし、公費負担（精神・精神を除く。）があった場合は、その点数を差し引いた点数を記入してください。
6. 保険請求金額欄は、訪問看護に該当した場合に記入してください。
7. 公費負担等の欄は、国保（通院及び国保組合を含む。）以外で精神・精神に係る公費負担がある場合、その点数を記入してください。この場合の点数は、請求点数欄の点数の内数となります。
また、訪問看護の場合は金額を記入してください。
特定疾患、長期高額疾病、在宅診療等に該当した場合は、いずれか該当する箇所を○印で囲んでください。
8. 患者負担割合・金額（基本利用料）の欄は、3割・2割・1割のいずれか該当する箇所を○印で囲んでください。
また、老人（又は前期高齢者）の入院の場合又は特定疾患、長期高額疾病、在宅診療等に該当した場合、金額を記入してください。
訪問看護を利用した場合は、 $[(\text{「保険請求金額」} - \text{「公費負担額」}) \times \text{「患者負担割合 (0.3・0.2・0.1)}]$ の算式により求めてください。
9. 外来・入院の別の欄は、外来・入院・訪問看護のいずれか該当する箇所を○印で囲んでください。（即日入院の場合は入院とし、外来自己負担金は徴収しないでください。）
10. 外来自己負担金額の欄は、当該負担金の回数とその金額を記入してください。500円未満の場合で、10円未満の端数金額が生じるときは、保険医療機関等における一部負担金等の支払いと同様に取り扱ってください。
11. 老人保健法適用者の場合は、高齢重度者の欄の請求点数欄は点数を、請求金額欄は一部負担金をそれぞれレセプトから転記してください。
12. 入院の場合は、入院日数、食事療養及び標準負担額の欄に次により記入してください。
(1) 入院日数の欄は、長期入院該当・非該当のいずれか該当する方を○印で囲み、日数を記入してください。
(2) 食事療養の欄は、食事療養の費用額を記入してください。
(3) 標準負担額の欄は、1日当たりの標準負担額の対数となる日数を記入したうえ、請求金額を記入してください。
(4) 標準負担額の戻額があったときは、※印欄に記入してください。
13. 訪問日の欄は、訪問した日数と（ ）内にその日を記入してください。

<医療機関を受診される方・訪問看護を受ける方への注意>

1. 茨城県外の医療機関、薬局及び訪問看護ステーション（以下「医療機関等」という。）では、この申請書によってかかることはできません。
2. この申請書と被保険者証（又は組合員証）及び医療福祉受給者証を医療機関等の窓口へ提出し、医療保険各法の「一部負担金」等を支払ってください。お支払いいただいた「一部負担金」等は、後日、住所地の市役所・町村役場から償還されます。
なお、入院以外の場合は、1日500円（500円に満たない場合は、その満たない額）、月2回までの外来自己負担額を控除した額が償還されます。償還額が生じない場合の申請については、医療福祉受給者証通知書は省略します。
3. この申請書は、原則として毎月1枚医療機関等へ提出してください。ただし、入院と通院をした場合等は、2枚以上必要となることがあります。なお、薬局は医療機関とは別に1枚必要になります。
4. 申請書の所持者がなくなった場合は、すぐ住所地の市役所・町村役場へ申し出てください。
この場合、受給者証及び被保険者証（又は組合員証）を提示してください。
5. 申請欄内の一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無の欄には、この申請書を医療機関等に提出する月に、同一医療機関等で、2万1千円以上、医療保険各法の「一部負担金」等の額を支払った家族の有無について、該当する方を○印で囲んでください。
6. 申請欄に、必ず氏名を記入し、印鑑を押してください。

<医療機関等へのお願い>

この申請書は、次の方法により証明してください。

1. この申請書は、診療又は訪問看護の翌月に作成する診療報酬明細書、調剤報酬明細書又は訪問看護医療費明細書（以下「レセプト」という。）から記入してください。この場合、レセプトの上欄欄外に○印を押してください。
2. この申請書は、茨城県国保連合会へ送付してください。この場合、開設者氏名印、請求点数欄等に記入欄があるので注意してください。
また、訪問看護の場合は、②受給者証を另行している各市町村へ直接送付してください。
3. 本人・家族区分欄は、レセプトの「本人・家族」欄に記載した番号を記載してください。
4. 保険請求点数欄は、レセプトと一致するようにしてください。ただし、公費負担（精神・結核を除く。）があった場合は、その点数を差し引いた点数を記入してください。
5. 公費負担等の欄は、国保（連盟及び国保組合を含む。）以外で精神・結核に係る公費負担がある場合、その点数を記入してください。この場合の点数は、請求点数欄の点数の内数となります。
また、訪問看護の場合は金額を記入してください。
特定疾患、長期高額疾病に該当した場合は、いずれか該当する箇所を○印で囲んでください。
6. 患者負担割合・金額（基本利用料）の欄は、特定疾患又は長期高額疾病に該当した場合は、金額を記入してください。訪問看護を利用した場合は、 $(「保険請求金額」 - 「公費負担額」) \times 「患者負担割合 (0.3)」$ の算式により求めてください。
7. 外来・入院の別の欄は、外来・入院・訪問看護のいずれか該当する箇所を○印で囲んでください。
8. 外来自己負担金額の欄は、当該負担金の回数とその金額を記入してください。500円未満の場合で、10円未満の端数金額が生じるときは、保険医療機関等における一部負担金等の支払いと同額に取り扱ってください。
9. 入院の場合は、入院日数、食事療養及び標準負担額の欄に次により記入してください。
 - (1) 入院日数の欄は、長期入院該当・非該当のいずれか該当する方を○印で囲み、日数を記入してください。
 - (2) 食事療養の欄は、食事療養の費用額を記入してください。
 - (3) 標準負担額（イ）の欄は、1日当たりの標準負担額の対象となる日数を記入したうえ、請求金額を記入してください。
 - (4) 標準負担額の減額があったときは、※印（ウ）欄に記入してください。
10. 徴収金額の欄は、(ア) + (イ) 又は (ウ) の合計金額を記入してください。
11. 訪問日の欄は、訪問した日数と (イ) 内にその日数を記入してください。
12. 医療機関等証明欄は、医療保険各法の「一部負担金」を徴収したうえで、開設者氏名印等を記入してください。その際、受給者から証明手数料は徴収しないでください。

(様式第9号)

決	市町村長	課長係長	課員	受付	年 月 日
				伺い	年 月 日
給	支給内訳	支給申請額(国庫・県庫)①		決定	年 月 日
		高額療養費②		支給	年 月 日
		付加給付額③		左のとおり決定してよろしいか。	
		差引支給額 ①-(②+③)		返戻者	

医科	歯科	薬剤	看護	訪問	医療機関コード
有効期限 平成 年 月 診療分まで					

(福) 妊産婦医療福祉費支給申請書
(月 診 療 分)

(福)受給者	氏 名		性別	男 女
証 記 号	氏 一	生 年 月 日	明治	大正
番 号			昭和	平成
被保険者証 記号番号		保険種別	国・道・政・雇・給・共・国庫	
本人・家族区分		保険者番号		
保険 請求 点数	公 費 負 担 率	特 定 疾 患 長 期 高 額 療 養 費	(ア) 患者負担 割合 金 額	3割 外 来・入 院 の 別 外 来 入 院 訪 問 療 養
外来診療 実日数	外来自己 負担金額	50.0円× 日	徴収金額	(ア+イ又はウ) 円
入院日数	長期入院 療養・非療養	標準 負担 率	円× 日	米 減額 円× 日
食事療養	円	(イ)	円	(ウ) 円
訪問日 (訪問療養)	日 ()			
医療 機関 証明 事項	上記のとおりその費用を領収しました。 なお、上記内容についてはレセプト原本と相違ありません 年 月 日 医療機関事務等の所長(印) 印			
申 請 欄	一部負担金2万1千円以上支払った家員の有無 有・無 上記のとおり医療福祉費の支給を申請します。 平成 年 月 日 市(町村)長 殿 受 給 者 氏 名 (注) 押印は、署名(自筆)の場合は、必要ありません。 押印をば印に代えることは、差し支えありません。 印			

※ 注 ① 茨城県内の保険医療機関等では、証明手数料はかかりません。
② この申請書は、茨城県内の保険医療機関等を利用した場合に限り使用できます。
③ 申請欄には、必ず氏名を記入してください。