

(公 印 省 略)
群 国 保 連 第 6 0 8 号
平成 2 6 年 1 2 月 3 日

各 保険医療機関等開設者 様

群馬県国民健康保険団体連合会理事長

難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく特定医療費の創設及び高額療養費の算定基準額の見直しに伴う 7 0 歳未満の社保等の被保険者に係る福祉医療費連記式の請求方法等について

平素より、本会の業務運営につきまして御理解、御協力をいただきまして厚くお礼申しあげます。

標記につきまして、平成 2 7 年 1 月診療分以降の福祉医療費連記式の請求方法等については、下記のとおり御請求くださいますようお願いいたします。

また、請求方法等については、本会ホームページ (<http://gunmakokuho.or.jp>) に掲載いたしますので御確認をお願いいたします。

記

1 概要

- (1) 難病の患者に対する医療等に関する法律の施行に伴い特定医療費（公費負担者番号の法別番号「54」）が創設されます。

対象者が福祉医療費受給者の場合、公費患者負担額は福祉医療費連記式で請求します。

- (2) 高額療養費の算定基準額の見直しに伴い、所得区分が3区分から5区分に細分化されます。

70歳未満の社保等の被保険者に係る福祉医療費の現物給付は、限度額適用認定証が**提示されない場合**は所得区分「エ 標準報酬月額26万円以下」の限度額57,600円までを、限度額適用認定証が**提示された場合**はその所得区分の限度額までを福祉医療費連記式で請求します。

- (3) 施行年月日

平成27年1月1日（平成27年1月診療分から）

2 請求方法等

(1) 福祉医療費連記式の請求方法について (※別紙1を御参照ください。)

ア 難病法の対象者が、福祉医療費受給者の場合の公費患者負担額の請求

福祉医療費【連記式】明細書の「特略称等」欄に法別番号「54」を記載し
「福祉医療費請求額」欄に請求金額を記載して御請求ください。

イ 70歳未満の社保等の被保険者に係る福祉医療費の請求

(ア) 限度額適用認定証が**提示されない場合**

所得区分「標準報酬月額26万円以下」の限度額までを御請求ください。

なお、多数該当の場合は「備考」欄に「多」を記載してください。

また、患者負担相当額を超える場合は、「特略称等」欄に「高」を記載し、
「福祉医療費請求額」欄に限度額を請求ください。

(イ) 限度額適用認定証が**提示された場合**

限度額適用認定証の所得区分ア、イ又はウに該当する場合は、「備考」
欄に「ア」、「イ」又は「ウ」を記載し、該当の所得区分の限度額までを
御請求ください。

なお、多数該当の場合は「備考」欄に「多・ア」「多・イ」又は「多・
ウ」を記載してください。

また、患者負担相当額が該当の所得区分の限度額を超える場合は、「特略
称等」欄に「高」を記載し「福祉医療費請求額」欄に該当の限度額を記載
して御請求ください。

※「税」の取扱いについては従来どおりです。

(2) 請求様式について (※別紙2を御参照ください。)

福祉医療費【連記式】明細書の欄外の「注5」に説明を追加しました。

(3) 福祉医療費（連記式）明細書の光ディスク等を使用した電子請求（電子レセプト請求）について

平成27年1月診療分以降、「福祉医療費（連記式）明細書の光ディスク等を使用
した電子請求（電子レセプト請求）のインターフェース仕様書」が変更になり
ます。

電子レセプトで請求されている保険医療機関等につきましては、御使用のレセ
プトコンピュータの業者等と調整をお願いいたします。

詳しくは、本会ホームページを御参照ください。

3 参考資料 (※別紙3を御参照ください。)

70歳未満の社保等の被保険者に係る福祉医療の請求限度額一覧（群馬県健康福祉
部国保援護課作成）

担 当 審査課

027-290-1338

審査管理課

027-290-1365

情報管理課

027-290-1334

福祉医療費【連記式】の請求様式及び記載方法等について

1 福祉医療費【連記式】請求の対象者

- (1) 協会けんぽ等の被保険者等で福祉医療費の受給者
- (2) 国保組合の被保険者等で福祉医療費の受給者
- (3) 国保被保険者で福祉医療費の受給者が次に該当する場合
 - ① 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下「感染症法」という。）の対象者で公費患者負担額がある者及び福祉分点数がある者
 - ② 障害者総合支援法（精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療）の対象者で公費患者負担額がある者及び福祉分点数がある者
 - ③ 肝炎治療の対象者で公費患者負担額がある者及び福祉分点数がある者
 - ④ 特定疾患の対象者で公費患者負担額がある者及び福祉分点数がある者
 - ⑤ 小児慢性の対象者で公費患者負担額がある者及び福祉分点数がある者
 - ⑥ 難病法の対象者で公費患者負担額がある者及び福祉分点数がある者
 - ⑦ 特定B型肝炎対象者で公費患者負担額がある者及び福祉分点数がある者
 - ⑧ 児童福祉法（障害児施設医療）の対象者で公費患者負担額がある者及び福祉分点数がある者
 - ⑨ 長期特定疾病の認定者で患者負担限度額に達した者（以下「Ⓔ」という。）
 - ⑩ 国保の保険者と福祉医療費の請求先市町村が異なる者

2 福祉医療費【連記式】明細書

紙請求の場合は以下のとおりとする。

- (1) 明細書の様式（別紙2参照）
- (2) 明細書の作成方法
 - ① 市町村ごとの入院・入院外別の「割合区分」ごとに作成する。

※（3）の②の請求がある場合は、別に作成してください。
- (3) 明細書の記載方法等
 - ① 「割合区分」欄は、該当する割合区分を○で囲む
 - ② 「Ⓔ 略称等」欄は次に該当する場合、当該法別番号等を記載する。

区 分	法別番号等	区 分	法別番号等
感染症法	10.11	小児慢性	52
障害者総合支援法 （精神通院医療）	21	難病法（特定医療）	54
障害者総合支援法 （更生医療）	15	特定B型肝炎	62
障害者総合支援法 （育成医療）	16	児 童 福 祉 法 （障害児施設医療）	79
障害者総合支援法 （療養介護医療）	24	Ⓔ	02
肝炎治療	38	高額	高
特定疾患	51		

- ③ 「医療機関等コード」、「保険医療機関所在地及び名称」欄は、診療報酬等明細書と同様に記載する。
- ④ 「科別」欄は、該当する文字を○で囲む。
- ⑤ 「平成 年 月分福祉医療費【連記式】明細書」欄は、診療等年月を記載する。
- ⑥ 「市町村長様」欄は、請求先市町村名を記載する。
- ⑦ 「公費負担者番号」欄については、福祉医療費受給資格者証の公費負担者番号（8桁）を記載する。
- ⑧ 「受給資格者番号」欄は、福祉医療費受給資格者証の受給資格者番号（7桁）を記載する。
- 「受給者氏名・性別・生年月日」欄は、受給者氏名・生年月日を記載し、性別・元号は該当するものを○で囲む。
- ⑨ 「点数」欄について
- ア 療養の給付に係る点数を記載する。なお、感染症法及び障害者総合支援法の精神通院医療において、療養の給付に係る点数と公費負担点数が異なる場合は、上段に**公費対象点数**を記載し、感染症法及び障害者総合支援法の精神通院医療以外において、療養の給付に係る点数と公費負担点数が異なる場合は、上段に**福祉対象点数**（総点数から公費対象点数を差し引いた点数）を記載する。
- イ 訪問看護療養費については、請求金額を記載する。
- ⑩ 「福祉医療費請求額」欄は、高齢受給者で入院と外来高額療養費現物給付該当及び「特」該当の場合に請求金額を記載する。
- ⑪ 「食事回数」欄は、食事療養に係る回数を記載する。
- ⑫ 「食事療養標準負担額」欄は、食事療養標準負担額を記載する。
- ⑬ 「医療保険の保険者番号」欄は、福祉医療費受給者が加入している医療保険の保険者番号を記載する。
- ⑭ 「合計」欄は、点数、福祉医療費請求額、食事回数、食事療養標準負担額の合計をそれぞれ記載する。
- なお、点数が2段となる場合は上段及び下段にそれぞれの合計を記載する。
- ⑮ 「備考」欄は、次のとおり記載する。
- ア 市町村民税非課税世帯及び1年間に同一世帯で4回以上高額療養費の支給を受けた場合は、**税 多** を記載する。
- ※ 参 考
- ⑥ 市町村民税非課税世帯の場合
- ⑦ 1年間に同一世帯で4回以上高額療養費の支給を受けた場合
- ⑥ ⑦ 市町村民税非課税世帯であり、1年間に同一世帯で4回以上高額療養費の支給を受けた場合
- イ 70歳未満で限度額適用認定証の提示があり、所得区分欄「ア」・「イ」・「ウ」に該当する者は「ア」・「イ」・「ウ」を記載する。

※ 参 考

〈平成 27 年 1 月診療分以降〉

限度額適用認定証の所得区分	福祉医療費受給資格者証	
	㊦表示なし	㊦表示あり (低所得者の 限度額を適用)
ア	252,600 円 + (医療費 - 842,000 円) × 1% (㊸ 140,100 円)	35,400 円 (㊸ 24,600 円)
イ	167,400 円 + (医療費 - 558,000 円) × 1% (㊸ 93,000 円)	35,400 円 (㊸ 24,600 円)
ウ	80,100 円 + (医療費 - 267,000 円) × 1% (㊸ 44,400 円)	35,400 円 (㊸ 24,600 円)

ウ 月遅れの場合は、診療等年月を記載する。

エ 70 歳以上 2 割で高額療養費現物給付該当者に係る請求について、減額認定証の適用区分欄「Ⅱ」・「Ⅰ」に該当する者は「Ⅱ」・「Ⅰ」を記載する。

オ ㊦に該当し、70 歳未満の上位所得者については、「長 2」と記載する。

カ 自己負担限度額特例対象被扶養者等の請求については、「高半」を記載する。
(65 歳～75 歳未満の身障者等で後期高齢に該当した人は除く。)

キ 保険薬局において、同一受給者が複数の医療機関からの処方を受けた場合、それぞれの医療機関名又は「複処あり」を記載する。

ク 障害者総合支援法の更生医療の対象者で㊦に該当した場合、「特」略称等欄に「02」、備考欄には「15」を記載する。

3 福祉医療費【連記式】請求書

紙請求の場合は以下のとおりとする。

(1) 請求書の様式 (添付省略)

(2) 請求書の記載方法等

- ① 「平成 年 月分」欄から「表別」欄は、国保の請求書と同様に記載する。
- ② 「特」欄は、感染症法、障害者総合支援法（精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療）、肝炎治療、特定疾患、小児慢性、難病法（特定医療）、特定 B 型肝炎、児童福祉法（障害児施設医療）、㊦、及び高額（高齢受給者を除く。）に係る請求について、「特」を○で囲む。
- ③ 「療養の給付」欄は、市町村別に「一般」、「70 歳以上 2 割」、「70 歳以上 3 割」及び「6 歳」ごとに、明細書の件数、点数の合計を記載する。（更に「特」に該当する場合は、請求書を別に作成し区分別に「特」の種類に係らず一括して記載する。）

なお、福祉医療費請求額は、「高齢受給者、特」該当の場合に請求金額の合計を記載する。（高齢受給者は明細者の請求金額欄に記載されている場合。）

- ④ 「食事療養」欄は、市町村別の区分ごとに食事療養の件数、標準負担額の合計を記載する。

4 福祉医療費【連記式】請求総括表

紙請求の場合は以下のとおりとする。

(1) 総括表の様式（添付省略）

(2) 総括表の記載方法等

- ① 「平成 年 月分」・「表別」欄から「保険医療機関等の……………開設者氏名」欄は、国保の総括表と同様に記載する。
- ② 保険者番号、割合区分等ごとに記載する。（更に「特」に該当する場合は、別行に記載する。）
- ③ 「保険者番号」欄は、福祉医療費を請求する市町村国保の保険者番号（6桁）を記載する。
- ④ 「割合区分等」欄について
 - ア 「一般・70歳以上2割・70歳以上3割・6歳」の該当箇所を○で囲む。
 - イ 感染症法、障害者総合支援法（精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療）、肝炎治療、特定疾患、小児慢性、難病法（特定医療）、特定B型肝炎、児童福祉法（障害児施設医療）、~~長~~及び高額（高齢受給者を除く。）に係る請求については「一般・70歳以上2割・70歳以上3割・6歳」の該当箇所並びに「特」の2箇所を○で囲む。
- ⑤ 「入・外」欄は、該当するものを○で囲む。
- ⑥ 「件数、点数」欄は、福祉医療費【連記式】請求書の「療養の給付」欄の件数、点数を記載する。
- ⑦ 「福祉医療費請求額」欄は、「高齢受給者、特」該当の場合に請求金額の合計を記載する。（高齢受給者は明細者の請求金額欄に記載されている場合。）

医 科	歯 科	都道府 県番号	1 0	医療機関 コード			
平成 年 月分 福祉医療費【連記式】明細書(入院)							
市町村長 様							
保険医療機関の 所在地及び名称 (電 話 番 号)							
割合区分							
一 般							
70 歳 2 割							
70 歳 3 割							
6 歳							
㊦ 略 称 等							
公費負担者番号 受給資格者番号	受 給 者 氏 名 性 別 生 年 月 日	点 数	福 祉 医 療 費 額 請 求 額	食 事 回 数 食事標準負担額	医療保険の 保険者番号	備 考	
1	1 2 3 4 男女 昭平 . .						
2	1 2 3 4 男女 昭平 . .						
3	1 2 3 4 男女 昭平 . .						
4	1 2 3 4 男女 昭平 . .						
5	1 2 3 4 男女 昭平 . .						
6	1 2 3 4 男女 昭平 . .						
7	1 2 3 4 男女 昭平 . .						
8	1 2 3 4 男女 昭平 . .						
9	1 2 3 4 男女 昭平 . .						
10	1 2 3 4 男女 昭平 . .						
合 計							

- 注 1 割合区分欄は、該当する箇所を○で囲み、㊦略称等欄は右表の略称等を記載してください。
- 2 点数欄は、療養の給付に係わる点数を記載してください。
- 3 福祉医療費請求額欄は、㊦略称等欄に略称等を記載した場合と高齢受給者に係る福祉医療費請求額を記載してください。
- 4 医療保険の保険者番号欄は、福祉医療受給者が加入している医療保険の保険者番号を記載してください。
- 5 備考欄は、㊦㊦に該当する場合は㊦㊦、70歳未満で限度額適用認定証の所得区分ア・イ・ウに該当する場合は「ア」・「イ」・「ウ」、月遅れ分は診療年月を記載してください。
- また、減額認定証の適用区分Ⅱ・Ⅲに該当する者は、「Ⅱ」・「Ⅲ」を記載してください。
- 6 自己負担限度額特例対象被扶養者等の請求については、備考欄に「高半」を記載してください。

㊦略称等欄に記載が必要な請求 障害者総合支援法等公費負担医療	略称等 各法番
㊦	02
高齢受給者を除く高額 (多数該当、非課税世帯、多数 該当・非課税世帯を含む。)	高

医科	歯科	調剤	訪問
----	----	----	----

都道府
県番号

1 0

医療機関等
コード

平成 年 月分 福祉医療費【連記式】明細書(入院外)

市町村長 様

保険医療機関等の
所在地及び名称
(電話番号)

割合区分

一般

70歳2割

70歳3割

6歳

略称等

公費負担者番号 受給資格者番号	受給者氏名 性別 生年月日	点 数	福祉医療費 請求 費 額	医療保険の 保険者番号	備 考
1	1 2 3 4 男女 昭平 . .				
2	1 2 3 4 男女 昭平 . .				
3	1 2 3 4 男女 昭平 . .				
4	1 2 3 4 男女 昭平 . .				
5	1 2 3 4 男女 昭平 . .				
6	1 2 3 4 男女 昭平 . .				
7	1 2 3 4 男女 昭平 . .				
8	1 2 3 4 男女 昭平 . .				
9	1 2 3 4 男女 昭平 . .				
10	1 2 3 4 男女 昭平 . .				
合 計					

注 1 割合区分欄は該当する箇所を○で囲み、⑤略称等欄は右表の略称等を記載してください。

2 点数欄は、療養の給付に係わる点数を記載してください。

3 福祉医療費請求額は、⑤略称等欄に略称等を記載した場合と高齢受給者で高額医療費該当の場合に福祉医療費請求額を記載してください。

4 医療保険の保険者番号欄は、福祉医療受給者が加入している医療保険の保険者番号を記載してください。
備考欄は、⑤⑥に該当する場合は⑤⑥、70歳未満で限度額適用認定証の所得区分ア・イ・ウに該当する場合は「ア」・「イ」・「ウ」、月遅れ分は診療年月を記載してください。

また、減額認定証の適用区分Ⅱ・Ⅲに該当する場合は、「Ⅱ」・「Ⅲ」を記載してください。

6 保険薬局において、同一受給者が複数の医療機関からの処方を受けた場合、それぞれの医療機関名または「複数あり」を備考欄に記載してください。

7 自己負担限度額特例対象被扶養者等の請求については、備考欄に「高半」を記載してください。

8 訪問看護は請求金額を点数欄に記載してください。

⑤略称等欄に記載が必要な請求	略称等
障害者自立支援法等公費負担医療	各法番
⑤	02
高齢受給者を除く高額 (多数該当、非課税世帯、多数 該当・非課税世帯を含む。)	高

70歳未満の社保等の被保険者に係る福祉医療の請求限度額一覧

【平成27年1月以降】

1 限度額適用認定証の提示がない場合

所得区分	福祉医療費受給資格者証	
	⑨表示なし	⑨表示あり
ア (標準報酬月額 83 万円以上)	57,600 円 (多 44,400 円)	35,400 円 (多 24,600 円)
イ (標準報酬月額 53 万～ 79 万円)	57,600 円 (多 44,400 円)	35,400 円 (多 24,600 円)
ウ (標準報酬月額 28 万～ 50 万円)	57,600 円 (多 44,400 円)	35,400 円 (多 24,600 円)
エ (標準報酬月額 26 万円以下)	57,600 円 (多 44,400 円)	35,400 円 (多 24,600 円)
オ (低所得者)	57,600 円 (多 44,400 円)	35,400 円 (多 24,600 円)

※ 福祉医療受給資格者証に⑨表示がない場合は、「エ」の自己負担限度額

福祉医療受給資格者証に⑨表示がある場合は、「オ：低所得」の自己負担限度額

2 限度額適用認定証の提示がある場合

限度額適用認定 証の所得区分	福祉医療費受給資格者証	
	⑨表示なし	⑨表示あり
ア	252,600 円 + (医療費 - 842,000 円) × 1 % (多 140,100 円)	35,400 円 (多 24,600 円)
イ	167,400 円 + (医療費 - 558,000 円) × 1 % (多 93,000 円)	35,400 円 (多 24,600 円)
ウ	80,100 円 + (医療費 - 267,000 円) × 1 % (多 44,400 円)	35,400 円 (多 24,600 円)
エ	57,600 円 (多 44,400 円)	35,400 円 (多 24,600 円)
オ	要、市町村に確認	35,400 円 (多 24,600 円)

※ 福祉医療受給資格者証に⑨表示がない場合は、限度額適用認定証の所得区分に応じた自己負担限度額

福祉医療受給資格者証に⑨表示がある場合は、「オ：低所得」の自己負担限度額

ただし、福祉医療受給資格者証に⑨表示がないが、限度額適用認定証が「オ：低所得」の場合は、市町村に確認する。

【平成26年12月以前】

1 限度額適用認定証の提示がない場合

所得区分	福祉医療費受給資格者証	
	⑨表示なし	⑨表示あり
A (上位所得者)	80,100 円 + (医療費 - 267,000 円) × 1 % (多 44,400 円)	35,400 円 (多 24,600 円)
B (一般)	80,100 円 + (医療費 - 267,000 円) × 1 % (多 44,400 円)	35,400 円 (多 24,600 円)
C (低所得者)	80,100 円 + (医療費 - 267,000 円) × 1 % (多 44,400 円)	35,400 円 (多 24,600 円)

※ 福祉医療受給資格者証に⑨表示がない場合は、「B：一般」の自己負担限度額

福祉医療受給資格者証に⑨表示がある場合は、「C：低所得」の自己負担限度額

2 限度額適用認定証の提示がある場合

限度額適用認定 証の所得区分	福祉医療費受給資格者証	
	⑨表示なし	⑨表示あり
A (上位所得者)	80,100 円 + (医療費 - 267,000 円) × 1 % (多 44,400 円)	35,400 円 (多 24,600 円)
B (一般)	80,100 円 + (医療費 - 267,000 円) × 1 % (多 44,400 円)	35,400 円 (多 24,600 円)
C (低所得者)	要、市町村に確認	35,400 円 (多 24,600 円)

※ 福祉医療受給資格者証に⑨表示がない場合は、「B：一般」の自己負担限度額

福祉医療受給資格者証に⑨表示がある場合は、「C：低所得」の自己負担限度額

ただし、福祉医療受給資格者証に⑨表示がないが、限度額適用認定証が「C：低所得」の場合は、市町村に確認する。