

事務連絡
平成16年11月30日

保険医療機関様

兵庫県国民健康保険団体連合会
事務局長 樋口 喜与次

福祉医療（老人医療及び乳幼児医療）の一部負担金免除に関する取扱いについて（通知）

本会の業務運営につきましては、平素から格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。
さて、自然災害等により標記一部負担金の支払いが困難な者については、各市町長から「福祉医療一部負担金免除証明書」（別紙「様式第2」）が交付され、一部負担金の支払いを免除する旨兵庫県から通知がありました。

つきましては、「福祉医療一部負担金免除証明書」の提示があった福祉医療（老人医療及び乳幼児医療）の請求方法等につきましては、下記のとおり取り扱うことといたしますので、診療報酬等請求の際は御留意ください。

記

1 実施診療月 平成16年12月診療分以降

2 対象事業 老人医療費助成事業（法別41、42）
乳幼児医療費助成事業（法別80、81）

3 診療報酬明細書請求方法

(1) 紙レセプトで請求を行っている機関

診療報酬明細書の「特記事項」欄に「94」を記載し、「負担金額」又は「一部負担金額」欄の「免」表示を○で囲んでください。（「免」表示がないレセプトは、「免」を記入のうえ○で囲んでください。）

(2) 磁気レセプト（MO・FD）で請求を行っている機関

次のいずれかにより請求してください。

- レセプト共通情報、レセプト共通レコードの項目「レセプト特記事項」に「94」を記録して請求してください。
- 該当受給者のみを紙レセプトに出力し、上記「(1)」同様の処理を行い、返戻分再請求レセプトにまとめて編綴のうえ請求してください。

4 福祉医療費請求書の請求方法

「備考」欄に「**免 94**」を記載してください。

5 その他

レセプトに「福祉医療一部負担金免除証明書」（写）の添付は不要とします。

なお、福祉以外（国保法第44条第1項第2号）に係る「一部負担金の支払を免除すること。」の取扱いは、明細書の記載要領のとおり、レセプトの「負担金額」又は「一部負担金額」欄の免除表示を○で囲む取扱いに変更はありません。

【担当】

業務管理部 管理課 管理係（宮
TEL 078-332-5633（直通）

様式第2

第一号

		福祉医療一部負担金免除証明書						
公費負担医療 の受給者番号								
受 給 者	居住地							
	氏名							
	生年月日	昭和 平成	年	月	日			
	有効期間	平成 平成	年	月	日	から	まで	

上記のとおり、
老人
乳幼児 医療の一部負担金を免除しているものであることを
 証明します。

平成 年 月 日

市町長

印

記載例

診療報酬明細書
(医科入院外) 12
提出先
社 団 保 保

都道府 県番号
医療機関コード

平成 年 月分 (28)

市町村					老人医療の受給者登録番号				
公費負担者番号①	4	1	2	8	公費負担医療の受給者番号①				
公費負担者番号②					公費負担医療の受給者番号②				

1 医科	1 社・国	3 老人	1 単独	2 本外	3 高外
2 公費	2 退職	2 2併	4 三外	6 家外	0 高外
3 併	3 併	3 併	3 併	3 併	3 併

保険者番号					給付割合
					10 9

被保険者証・被保険者

手帳等の記号・番号

氏名	1男 2女 1明 2大 3母 4平 - 生
職務上の事由	1職務上 2下船後3月以内 3過労災害

保険医療機関の所在地及び名称

疾病名	(1) (2) (3) (4) (5)	診療開始日	(1) 年 月 日	転治歎	死亡	中止	診療実日数
11 初診 時間外・休日・深夜	回	点	日				
12 再診 外来管理加算	× 回						
再診 時間外	× 回						
再診 休日	× 回						
再診 深夜	× 回						
13 指導	回						
14 往診 在宅	回						
往診 深夜・緊急	回						
往診 在宅患者訪問診療	回						
往診 その他の薬剤	回						

福祉医療一部負担金免除証明書レセプト参考例

20 投薬	21 内服 [薬剤 調剤] × 回	単位
	22 屯服 [薬剤] 単位	
	23 外用 [薬剤 調剤] × 回	単位
	25 処方	回
	26 麻痺	回
	27 調基	回
30 注射	31 皮下筋肉内回	
	32 静脈内回	
	33 その他の回	
40 处置	回	
	41 痰 剤	回
50 手術	51 乘 剤	回
	52 乘 剤	回
60 検査	61 薬 剤	回
	62 薬 剤	回
70 診断	71 薬 剤	回
	72 薬 剤	回
80 その他	81 運送	回
	82 薬 剤	回

疾 保	請 求 点	決 定 点	点
の 公 費	点	点	点
給 付	点	点	点
公 費	点	点	点
の 公 費	点	点	点

1 1 社・国	2 公費	3 老人	4 退職	5 併	6 家外	7 高外
2 2 公費	3 併	4 併	5 併	6 併	7 併	8 併
3 併	4 併	5 併	6 併	7 併	8 併	9 併
4 併	5 併	6 併	7 併	8 併	9 併	10 併
5 併	6 併	7 併	8 併	9 併	10 併	11 併

決	高	額	税	費	公	費
額	額	額	額	額	額	額
税	税	税	税	税	税	税

福祉医療費請求書
(社保用)

平成 年 月 分下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

請求先	兵庫県知事			保険者	コード		保険医療機関コード		表別割	
	市・(町)長様			2 8 9 9 9 1	2 8				1 3	1 2
受給者氏名	生年月	公費負担者番号		受給者番号	診療年月		入院外日数	点数	一部負担金	割
		法別	県番号		実施主体					
1		4 1 2 8					1			
2		2 8					1			
3		2 8					2			
4		2 8					1			
5		2 8					2			
6		2 8					1			
7		2 8					2			
8		2 8					1			
9		2 8					2			
10		2 8					1			
11		2 8					2			
12		2 8					1			
13		2 8					2			
14		2 8					1			
15		2 8					2			
16		2 8					1			
17		2 8					2			
18		2 8					1			
19		2 8					2			
20		2 8					1			
21		2 8					2			
請求合計				件	日		点	円		
※決定合計				件	日		点	円		

- (注) 1 市・町別・表別・割合別に作成してください。
 2 入・外欄の入院は「1」・外来は「2」に○印を付してください。
 3 点数欄は福祉医療対象点数を記入してください。
 4 診療年月欄には該当年月以外は必ず記載してください。
 5 乳幼児医療(法別80、81)については、生年月を記載してください。(例・平成15年4月生の場合、41504と記載)。
 6 高額長期疾病分は、受給者氏名欄左欄外に(高)と記載し、備考欄に(02)を記載してください。