

(写)

事 務 連 絡
平成 21 年 1 月 30 日

保険医療機関等 各位

兵庫県国民健康保険団体連合会

月の途中で 75 歳となり後期高齢者医療制度に移行する場合の自己負担限度額等
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、平素から格別の御理解を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、平成 20 年 11 月 21 日付けで高齢者の医療の確保に関する法律施行令等の一部を改正する政令（政令第 357 号）が公布され、高額療養費の支給について、75 歳に達する日の属する月に療養を受けた場合に個人単位の一部負担金等の合算額に対して通常の算定基準額の 2 分の 1 の算定基準額を適用することが定められました。

また、世帯構成及び収入が変わらないにもかかわらず新たに現役並み所得者と判定され、自己負担割合が 1 割から 3 割になっていた取扱いは、従前と同様の 1 割負担のまま取り扱う見直しが行われました。

つきましては、平成 21 年 1 月診療分から上記に関するレセプトの取扱いを下記のとおりとしますので、請求の際は御留意いただきますようお願い申し上げます。

なお、レセプト請求に関する照会等は、裏面の各担当係へお問い合わせいただきますようお願い申し上げます。

記

- 1 月の途中で 75 歳となり後期高齢者医療制度に移行する場合の自己負担限度額
に係る取扱いについて…………… 1 頁
- 2 新たに現役並み所得者に移行した場合の経過措置対象者に係る平成 21 年 1 月
以降の取扱いについて…………… 5 頁
- 3 「70 歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置の取扱いについ
て」の一部改正について…………… 5 頁

問い合わせ先電話番号等

<医科>

担当課・係名	電話番号	担当地区
業務第1課第1係	078-332-9507	東灘区・灘区・兵庫区・長田区
業務第2課第1係	078-332-9513	須磨区・芦屋市・宝塚市・三田市・丹波市・篠山市
業務第2課第2係	078-332-9514	垂水区・西宮市
業務第2課第3係	078-332-9515	洲本市・淡路市・南あわじ市・西脇市（18地区）・小野市・明石市
業務第2課第4係	078-332-9508	高砂市・加古川市・三木市・加東市・加西市・西脇市（27地区）・多可郡・加古郡・川辺郡
業務第3課第1係	078-332-9516	尼崎市・川西市
業務第3課第2係	078-332-9517	伊丹市・姫路市（34、35、38地区）・神崎郡・たつの市（36地区）・佐用郡・宍粟市・赤穂郡・赤穂市・豊岡市・美方郡・養父市・朝来市
業務第3課第3係	078-332-9518	姫路市（40地区）・たつの市（41地区）・揖保郡・相生市
業務第3課第4係	078-332-9519	北区・中央区・西区

<歯科>

担当課・係名	電話番号	担当地区
業務第1課第3係	078-332-9509	東灘区・灘区・兵庫区・長田区・須磨区・垂水区・西宮市・芦屋市・宝塚市・三田市・丹波市・篠山市・洲本市・淡路市・南あわじ市・西脇市（18地区）・小野市・明石市・高砂市・加古川市
業務第1課第4係	078-332-5635	三木市・加東市・加西市・西脇市（27地区）・多可郡・加古郡・尼崎市・川西市・川辺郡・伊丹市・姫路市・神崎郡・たつの市・佐用郡・宍粟市・赤穂郡・揖保郡・相生市・赤穂市・豊岡市・美方郡・養父市・朝来市・北区・中央区・西区

<薬局>

担当課・係名	電話番号	担当地区
業務第1課第2係	078-332-9548	全地区

<訪問看護>

担当課・係名	電話番号	担当地区
業務第2課第3係	078-332-9515	全地区

1 月の途中で 75 歳となり後期高齢者医療制度に移行する場合の自己負担限度額に係る取扱いについて

(1) 制度概要

高額療養費は、保険者ごとに月単位で計算し、月の初日以外の日に 75 歳の誕生日となり後期高齢者医療制度に移行する場合、移行前後の医療保険制度においてそれぞれ自己負担限度額を支払い、限度額が 2 倍になるという問題が生じていました。

これについて、従前と同様の限度額になるよう、75 歳に到達した月において、移行前後の医療保険制度における自己負担限度額をそれぞれ本来額の 2 分の 1 とすることになりました。

また、月の初日以外の日に 75 歳に到達し、後期高齢者医療の被保険者になったことで、社保の被保険者でなくなった者の被扶養者であった者又は国民健康保険組合の組合員でなくなった者の世帯に属する組合員以外の被保険者であった者（いずれも市町国保に加入することになる。）であって、当該後期高齢者医療の被保険者が 75 歳に到達した月に療養を受けた者（以下「自己負担限度額特例対象被扶養者等」という。）の場合についても、自己負担限度額は同様に 2 分の 1 とすることになりました。

(2) 自己負担限度額 2 分の 1 の特例

<70 歳未満>

区 分	自己負担限度額
上 位 所 得 者	75,000 円 + (医療費 - 250,000 円) × 1% (41,700 円)
一 般	40,050 円 + (医療費 - 133,500 円) × 1% (22,200 円)
低 所 得 者	17,700 円 (12,300 円)

※ 自己負担限度額欄の下段括弧書きは、多数該当（過去 12 か月に 3 回以上高額療養費の支給を受け 4 回目の支給に該当）の場合

<70 歳以上>

区 分	自己負担限度額	
	外来(個人ごと)	
現役並み所得者	22,200 円	40,050 円 + (医療費 - 133,500 円) × 1% (22,200 円)
一 般	6,000 円	22,200 円
低 所 得 者 II	4,000 円	12,300 円
低 所 得 者 I	4,000 円	7,500 円

※ 自己負担限度額欄の下段括弧書きは、多数該当（過去 12 か月に 3 回以上高額療養費の支給を受け 4 回目の支給に該当）の場合

<例1：月の途中で75歳となり後期高齢者医療制度の被保険者となった場合>

- 改正前：自己負担限度額（所得区分：一般）

医療制度	12月	1月		2月
	74歳	74歳	75歳	75歳
社保又は国保	44,400円	44,400円		
後期高齢者医療			44,400円	44,400円

- 改正後：自己負担限度額（所得区分：一般）

医療制度	12月	1月		2月
	74歳	74歳	75歳	75歳
社保又は国保	44,400円	22,200円		
後期高齢者医療			22,200円	44,400円

<例2：社保本人が月の途中で75歳となり社保被保険者でなくなった被扶養者の場合>

- 改正前：自己負担限度額（70歳未満、所得区分：一般）

医療制度	12月	1月		2月
	74歳	74歳	75歳	75歳
社 保	80,100円＋（医療費 －267,000円）×1%	80,100円＋（医療費 －267,000円）×1%		
国 保			80,100円＋（医療費 －267,000円）×1%	80,100円＋（医療費 －267,000円）×1%

※ 表中の年齢は、被保険者本人の年齢を表しています。

- 改正後：自己負担限度額（70歳未満、所得区分：一般）

医療制度	12月	1月		2月
	74歳	74歳	75歳	75歳
社 保	80,100円＋（医療費 －267,000円）×1%	40,050円＋（医療費 －133,500円）×1%		
国 保			40,050円＋（医療費 －133,500円）×1%	80,100円＋（医療費 －267,000円）×1%

※ 表中の年齢は、被保険者本人の年齢を表しています。

(3) レセプトの記載方法

ア 被保険者本人が75歳に到達した場合

- 医療制度移行前後のレセプト（社保又は国保レセプト → 後期高齢者医療レセプト）において、記載変更はありません。

(医科の場合)

- ただし、65歳から75歳未満の者で後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けた者が75歳に到達した月に療養を受けた場合（75歳に到達した場合であっても後期高齢

者医療制度自体が変わらないため、自己負担限度額が2分の1とならない場合)であって、「療養の給付」欄の「負担金額」若しくは「一部負担金額」欄の項に金額を記載する場合又は「特記事項」欄に「長」と記載する場合には、「摘要」欄に「障害」と記載してください。

(歯科の場合)

- ただし、65歳から75歳未満の者で後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けた者が75歳に到達した月に療養を受けた場合(75歳に到達した場合であっても後期高齢者医療制度自体が変わらないため、自己負担限度額が2分の1とならない場合)であって、「一部負担金額」欄の項に金額を記載する場合には、「摘要」欄に「障害」と記載してください。

(調剤の場合)

- ただし、65歳から75歳未満の者で後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けた者が75歳に到達した月に療養を受けた場合(75歳に到達した場合であっても後期高齢者医療制度自体が変わらないため、自己負担限度額が2分の1とならない場合)であって、「一部負担金額」欄の項に金額を記載する場合又は「特記事項」欄に「長」と記載する場合には、「摘要」欄に「障害」と記載してください。

(訪問看護の場合)

- ただし、65歳から75歳未満の者で後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けた者が75歳に到達した月に療養を受けた場合(75歳に到達した場合であっても後期高齢者医療制度自体が変わらないため、自己負担限度額が2分の1とならない場合)であって、高額療養費に係る現物給付を行った場合には、「特記事項」欄に「障害」と記載してください。

イ 自己負担限度額特例対象被扶養者等の場合

- 「特記事項」欄 (※ 訪問看護の場合は「特記」欄)
医療制度移行前後のレセプト(社保又は国保(組合)レセプト → 国保(市町)レセプト)において、「特記事項」欄に「21 高半」を記載してください。
 なお、「特記事項」欄の「21 高半」の記載については、高額療養費(現物給付)の発生にかかわらず、対象者全員に記載してください。

<参考：明細書の記載要領抜粋>

コード	略号	内 容
21	高半	月の初日以外の日に75歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより被用者保険の被保険者でなくなった者の被扶養者であった者又は月の初日以外の日に75歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより国民健康保険組合の組合員でなくなった者の世帯に属する組合員以外の被保険者であった者(いずれも市町村国保に加入することになる。)であって、当該後期高齢者医療の被保険者が75歳に到達した月に療養を受けた者(以下「自己負担限度額特例対象被扶養者等」という。)の場合

<例 1：自己負担限度額特例対象被扶養者等が 70 歳未満（所得区分：一般）の場合>

- ・ 移行前（社保又は国保（組合）入院レセプト）

特記事項	負担金額
21 高半	40,215

※ 保険請求点数：15,000 点の場合
40,050 円 + (150,000 円 - 133,500 円) × 1%

- ・ 移行後（国保（市町）入院レセプト）

特記事項	負担金額
21 高半	41,715

※ 保険請求点数：30,000 点の場合
40,050 円 + (300,000 円 - 133,500 円) × 1%

<例 2：自己負担限度額特例対象被扶養者等が 70 歳以上（所得区分：一般）の場合>

- ・ 移行前（社保又は国保（組合）入院レセプト）

特記事項	負担金額
21 高半	22,200

※ 保険請求点数：25,000 点の場合

- ・ 移行後（国保（市町）入院レセプト）

特記事項	負担金額
21 高半	22,200

※ 保険請求点数：30,000 点の場合

- (4) 70 歳～74 歳の被保険者等に係る一部負担金額のレセプト記載例

(自己負担限度額 2 分の 1)

別添 1 のとおり

※ 別添 1 中、特記事項欄「21 高半」は、自己負担限度額特例対象被扶養者等の場合に記載してください。被保険者本人が 75 歳に到達した場合は、特記事項欄「21 高半」の記載は不要です。

- (5) 70 歳未満の被保険者等に係る一部負担金額のレセプト記載例

(自己負担限度額 2 分の 1)

別添 2 のとおり

- (6) 実施時期

平成 21 年 1 月 1 日

2 新たに現役並み所得者に移行した場合の経過措置対象者に係る平成 21 年 1 月以降の取扱いについて

(1) 制度見直しの内容

後期高齢者医療制度への移行に伴い、新たに現役並み所得者となった方(※)について、従前と同様の負担割合(1割)となるよう措置することになりました。

※ 課税所得 145 万円以上かつ収入 383 万円以上の方(世帯内に後期高齢者医療被保険者が 1 人である方に限る。)であって、その属する世帯の 70 歳から 74 歳の方を含めた収入の合計額が 520 万円未満のである方。

具体的には、現在の被保険者証の「一部負担金の割合」欄に、「3割・自己負担限度額一般適用」と記載されている全ての被保険者及び「3割」と記載されている被保険者のうち一部の方となります。

(2) レセプトの取扱い

平成 21 年 1 月診療分以降は、特記事項欄の「15 経過」が廃止となります。

3 「70 歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置の取扱いについて」の一部改正について

平成 20 年 11 月 12 日付け保発第 1112003 号厚生労働省保険局長通知により、「70 歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」中、「平成 20 年度」の措置は「平成 20 年度及び平成 21 年度」に、「平成 20 年 4 月 1 日から平成 21 年 3 月 31 日までの間」は「平成 20 年 4 月 1 日から平成 22 年 3 月 31 日までの間」に改正されました。

つきましては、本会から通知しました平成 20 年 4 月 30 日付け事務連絡「レセプト請求等の取扱いについて(通知)」の 3 の(1)中、「平成 20 年 4 月 1 日から平成 21 年 3 月 31 日までの間」は「平成 20 年 4 月 1 日から平成 22 年 3 月 31 日までの間」に改め、次のとおりとしますので請求の際は御留意ください。

(1) 対象者

- ・ 70 歳～74 歳の被保険者又は被扶養者(現役並み所得者を除く。)で、平成 20 年 4 月 1 日から平成 22 年 3 月 31 日までの間に、保険医療機関等から療養を受けた者を対象とする。

別添 1

70～74歳の被保険者等に係る一部負担金額のレセプト記載例

(自己負担限度額 2分の1)

(注) 特記事項欄「21 高半」は、自己負担限度額特例対象被扶養者等の場合に記載してください。被保険者本人が75歳に到達した場合は、特記事項欄「21 高半」の記載は不要です。

(事例 1)

(1割負担が22,200円を超える場合・一般所得)			
公費負担者番号①		1 医科	1 国保
公費負担者番号②		1 単独	7 高入一
		保険者番号 280000	
	請求点	負担金額	特記事項
保険	50,000	22,200	21 高半 公費負担限度額 22,200 円が適用
公費①			
公費②			
保険 400,000 円		現物高額 77,800 円	患者 22,200 円
8 割		1 割	1 割

(事例 2)

(2割負担が22,200円を超えない場合・一般所得)			
公費負担者番号①		1 医科	1 国保
公費負担者番号②		1 単独	7 高入一
		保険者番号 280000	
	請求点	負担金額	特記事項
保険	11,000	11,000	21 高半
公費①			
公費②			
保険 88,000 円		特例措置 11,000 円	患者 11,000 円
8 割		1 割	1 割

(事例 3)

(2割負担が22,200円を超えるが1割負担が22,200円を超えない場合・一般所得)			
公費負担者番号①		1 医科	1 国保
公費負担者番号②		1 単独	7 高入一
		保険者番号 280000	
	請求点	負担金額	特記事項
保険	22,000	22,000	21 高半
公費①			
公費②			
保険 176,000 円		現物高額 21,800 円	特例措置 200 円
8 割		1 割	患者 22,000 円
			1 割

(事例 4)

(1割負担が12,300円を超える場合・低所得Ⅱ)			
公費負担者番号①		1 医科	1 国保
公費負担者番号②		1 単独	7 高入一
		保険者番号 280000	
	請求点	負担金額	特記事項
保険	30,000	12,300	21 高半
公費①			
公費②			
保険 240,000 円		現物高額 47,700 円	患者 12,300 円
8 割		1 割	1 割

(事例 5)

(2割負担が12,300円を超えない場合・低所得Ⅱ)			
公費負担者番号①		1 医科	1 国保
公費負担者番号②		1 単独	7 高入一
		保険者番号 280000	
	請求点	負担金額	特記事項
保険	6,000	6,000	21 高半
公費①			
公費②			
保険 48,000 円		特例措置 6,000 円	患者 6,000 円
8 割		1 割	1 割

(事例 6)

(2割負担が12,300円を超えるが1割負担は12,300円を超えない場合・低所得Ⅱ)			
公費負担者番号①		1 医科	1 国保
公費負担者番号②		1 単独	7 高入一
		保険者番号 280000	
	請求点	負担金額	特記事項
保険	12,000	12,000	21 高半
公費①			
公費②			
保険 96,000 円		現物高額 11,700 円	特例措置 300 円
8 割		1 割	1 割

(事例 7)

(結核と併用・一般所得)			
公費負担者番号①	10280000	1 医科	1 国保
公費負担者番号②		2 2併	7 高入一
		保険者番号 280000	
	請求点	負担金額	特記事項
保険	70,000	(22,200) 29,400	21 高半
公費①	30,000	22,200	
公費②			
300,000 円 (公費併用分)		400,000 円 (保険単独分)	
保険 240,000 円	現物高額 37,800 円	公費 10 7,200 円	患者 15,000 円
8 割	1 割	1 割	
保険 320,000 円	現物高額 72,800 円	患者 7,200 円	
8 割	1 割	1 割	

公費負担限度額 22,200 円が適用

公費括弧書き (22,200 円) + 保険単独の患者負担 (7,200 円)

(事例 8)

(結核と併用・一般所得)				1 医科 1 国保 2 2併 7 高入一			
公費負担者番号①		1 0 2 8 〇 〇 〇 〇		保険者番号		2 8 〇 〇 〇 〇	
公費負担者番号②							
	請求点	負担金額	特記事項	公費負担限度額 22,200 円が適用			
保険	56,666	(22,200) 31,560	21 高半	公費負担限度額 22,200 円が適用			
公費①	25,674	22,200		公費負担限度額 22,200 円が適用			
公費②				公費負担限度額 22,200 円が適用			
256,740 円 (公費併用分)				309,920 円 (保険単独分)			
保険	現物高額	公費 10	患者	保険	現物高額	患者	
205,392 円	29,148 円	9,360 円	12,840 円	247,936 円	52,624 円	9,360 円	
8 割	1 割	1 割		8 割	1 割	1 割	

(事例 9)

(特定疾患と併用・一般所得・特定疾患月額負担限度額11,000円の場合)				1 医科 1 国保 2 2併 7 高入一			
公費負担者番号①		5 1 2 8 6 0 2 9		保険者番号		2 8 〇 〇 〇 〇	
公費負担者番号②							
	請求点	負担金額		請求円	(標準負担額) 円	特記事項	
保険	5,000	5,000		1,970	780	21 高半	
公費①		10,780					
公費②							
50,000 円 (医療)				1,970 円 (食事)			
保険	40,000 円	特例措置 5,000 円	患者 5,000 円	保険	1,190 円	患者	780 円
8 割		1 割	1 割				

(事例 10)

(特定疾患と併用・一般所得・特定疾患月額負担限度額11,000円の場合)				1 医科 1 国保 2 2併 7 高入一			
公費負担者番号①		5 1 2 8 6 0 2 9		保険者番号		2 8 〇 〇 〇 〇	
公費負担者番号②							
	請求点	負担金額		請求円	(標準負担額) 円	特記事項	
保険	5,400	5,400		1,970	780	21 高半	
公費①		11,000					
公費②							
54,000 円 (医療)				1,970 円 (食事)			
保険	43,200 円	特例措置 5,400 円	患者 5,400 円	保険	1,190 円	公費 51 580 円	患者 200 円
8 割		1 割	1 割				

(事例 11)

(特定疾患と併用・一般所得・特定疾患月額負担限度額11,000円の場合)
 ※ 2割 (標準負担額を含む。) が医療券に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を上回る

公費負担者番号①	5 1 2 8 6 0 2 9	1 医科	1 国保	2 2併	7 高入一
公費負担者番号②		保険者番号 2 8 〇 〇 〇 〇			

	請求点	負担金額		請求円	(標準負担額) 円	特記事項 21 高半
保険	5,600	5,600	保険	1,970	780	
公費①		11,000	公費①			
公費②			公費②			

56,000 円 (医療)				1,970 円 (食事)	
保険 44,800 円	公費 51 200 円	特例措置 5,400 円	患者 5,600 円	保険 1,190 円	公費 51 780 円
8 割	1 割		1 割		

(事例 12)

(特定疾患と併用・一般所得・特定疾患月額負担限度額11,000円の場合)

公費負担者番号①	5 1 2 8 6 0 2 9	1 医科	1 国保	2 2併	7 高入一
公費負担者番号②		保険者番号 2 8 〇 〇 〇 〇			

	請求点	負担金額		請求円	(標準負担額) 円	特記事項 21 高半
保険	50,000	22,200	保険	5,910	2,340	
公費①		11,000	公費①			
公費②			公費②			

公費負担限度額 22,200 円が適用

500,000 円 (医療)				5,910 円 (食事)	
保険 400,000 円	現物高額 77,800 円	公費 51 11,200 円	患者 11,000 円	保険 3,570 円	公費 51 2,340 円
8 割	1 割	1 割			

(事例 13)

(特定疾患と併用・一般所得・特定疾患月額負担限度額11,000円の場合)

公費負担者番号①	5 1 2 8 6 0 2 9	1 医科	1 国保	2 2併	7 高入一
公費負担者番号②		保険者番号 2 8 〇 〇 〇 〇			

	請求点	負担金額		請求円	(標準負担額) 円	特記事項 21 高半
保険	50,000	(22,200) 32,200	保険	5,910	2,340	
公費①	40,000	11,000	公費①			
公費②			公費②			

公費負担限度額 22,200 円が適用

公費括弧書き (22,200 円) + 保険
単独の患者負担 (10,000 円)

400,000 円 (公費併用分)				100,000 円 (保険単独分)			
保険 320,000 円	現物高額 57,800 円	公費 51 11,200 円	患者 11,000 円	保険 80,000 円	現物高額 8,800 円	特例措置 1,200 円	患者 10,000 円
8 割	1 割	1 割		8 割	1 割		1 割

5,910 円 (食事)	
保険 3,570 円	公費 51 2,340 円

(自己負担限度額 2分の1)

(事例1)

(外来、限度額認定証・一般)			
公費負担者番号①		1 医科	1 国保
公費負担者番号②		1 単独	2 本外
		保険者番号	
		280000	
	請求点	負担金額	特記事項
保険	56,532		外来レセプトは一部負担金を記載しない。
公費①		18 一般	
公費②		21 高半	
保険		患者	
395,724 円		169,596 円	
7 割		3 割	

(事例2)

(外来、在医総、限度額認定証・一般)			
公費負担者番号①		1 医科	1 国保
公費負担者番号②		1 単独	2 本外
		保険者番号	
		280000	
	請求点	負担金額	特記事項
保険	41,980	42,913	在医総の算定がある場合で高額療養費の現物給付が行われた場合は、一部負担金を記載する。
公費①		18 一般	
公費②		21 高半	
保険		現物高額	患者
293,860 円		83,027 円	42,913 円
7 割		3 割	

※ 患者の高額療養費算定基準額は、所得区分により算出する。(40,050 円 + (419,800 円 - 133,500 円) × 1% = 42,913 円)

(事例3)

(入院、限度額認定証・一般)			
公費負担者番号①		1 医科	1 国保
公費負担者番号②		1 単独	1 本入
		保険者番号	
		280000	
	請求点	負担金額	特記事項
保険	98,651	48,580	限度額適用認定証の提示があり、かつ高額療養費の現物給付が行われた場合は、一部負担金を記載する。
公費①		18 一般	
公費②		21 高半	
保険		現物高額	患者
690,557 円		247,373 円	48,580 円
7 割		3 割	

※ 患者の高額療養費算定基準額は、所得区分により算出する。(40,050 円 + (986,510 円 - 133,500 円) × 1% = 48,580.1 円 ≒ 48,580 円)

(事例4)

(入院、限度額認定証・一般)				1 医科	1 国保	1 単独	1 本入
公費負担者番号①				保険者番号			
公費負担者番号②				2 8 0 0 0 0			
	請求点	負担金額	特記事項	限度額適用認定証の提示があった場合でも、高額療養費の現物給付が行われない場合は、一部負担金を記載しない。			
保険	12,350		18 一般				
公費①			21 高半				
公費②							
保険				患者			
86,450 円				37,050 円			
7 割				3 割			

(事例5)

(入院、限度額認定証・一般)				1 医科	1 国保	2 2併	1 本入
公費負担者番号①	1 0 2 8 0 0 0 0			保険者番号			
公費負担者番号②							
	請求点	負担金額	特記事項	限度額適用認定証の提示があり、かつ高額療養費の現物給付が行われた場合は、一部負担金を記載する。			
保険	26,515	(11,360)	18 一般	入院において、結核医療（適正医療）との併用の場合は、窓口で徴収した額を記載する。(1,890 円+39,477 円)			
公費①	3,785	50,837	21 高半				
公費②		41,367					
37,850 円 (公費併用分)				227,300 円 (保険単独分)			
保険	公費 10	患者	保険	現物高額	現物高額	患者	
26,490 円	9,470 円	1,890 円	159,110 円	26,823 円	1,890 円	39,477 円	
7 割	3 割		7 割	3 割			

※ 患者の高額療養費算定基準額は、公費負担医療に「なお、患者が負担すべき額がある」と及び「公費負担医療に係る 3 割分が 10,500 円を超える」ことから、公費負担医療に係る医療費及び保険単独医療に係る医療費を合算した額を基準に算出する。 $(40,050 \text{ 円} + (265,150 \text{ 円} - 133,500 \text{ 円}) \times 1\% = 41,366.5 \text{ 円} \approx 41,367 \text{ 円})$

(事例6)

(入院、限度額認定証・一般)				1 医科	1 国保	2 2併	1 本入
公費負担者番号①	1 5 2 8 0 0 0 0			保険者番号			
公費負担者番号②							
	請求点	負担金額	特記事項	限度額適用認定証の提示があり、かつ高額療養費の現物給付が行われた場合は、一部負担金を記載する。			
保険	26,539	(8,950)	18 一般	医療券等に記載された公費負担医療に係る患者負担額を記載する。(自立支援公費は負担上限月額のない者は定率 10%負担)			
公費①	2,982	50,021	21 高半				
公費②		2,980					
29,820 円 (公費併用分)				235,570 円 (保険単独分)			
保険	公費 15	患者	保険	現物高額	患者		
20,870 円	5,970 円	2,980 円	164,899 円	29,600 円	41,071 円		
7 割	3 割		7 割	3 割			

※ 患者の高額療養費算定基準額は、公費負担医療に「なお、患者が負担すべき額がある」が「公費負担医療に係る 3 割分が 10,500 円を超えない」ことから、保険単独医療に係る医療費を基準に算出する。 $(40,050 \text{ 円} + (235,570 \text{ 円} - 133,500 \text{ 円}) \times 1\% = 41,070.7 \text{ 円} \approx 41,071 \text{ 円})$

(事例7)

(入院、限度額認定証・上位)			
公費負担者番号①	5 1 2 8 6 0 1 1	1 医科	1 国保
公費負担者番号②		2 2併	1 本入
		保険者番号	
	請求点	負担金額	特記事項
保険	38,651	(11,360)	17 上位 21 高半
公費①	3,785	87,347	
公費②			

限度額適用認定証の提示があり、かつ高額療養費の現物給付が行われた場合は、一部負担金を記載する。

37,850 円 (公費併用分)		348,660 円 (保険単独分)		
保険	公費 51	保険	現物高額	患者
26,490 円	11,360 円	244,062 円	28,611 円	75,987 円
7割	3割	7割	3割	

※ 患者の高額療養費算定基準額は、「公費負担医療に係る 3 割分が 10,500 円を超えている」が公費負担医療に「なお、患者が負担すべき額がない」ことから、保険単独医療に係る医療費を基準に算出する。 $(75,000 \text{ 円} + (348,660 \text{ 円} - 250,000 \text{ 円}) \times 1\% = 75,986.6 \text{ 円} \approx 75,987 \text{ 円})$

(事例8)

(入院、限度額認定証・低所)			
公費負担者番号①	1 5 2 8 〇 〇 〇 〇	1 医科	1 国保
公費負担者番号②		2 2併	1 本入
		保険者番号	
	請求点	負担金額	特記事項
保険	34,565	(41,394)	19 低所 21 高半
公費①	26,785	54,094	
公費②		5,000	

限度額適用認定証の提示があり、かつ高額療養費の現物給付が行われた場合は、一部負担金を記載する。

医療券等に記載された公費負担医療に係る患者負担額を記載する。

267,850 円 (公費併用分)				77,800 円 (保険単独分)			
保険	現物高額	公費 15	患者	保険	現物高額	現物高額	患者
187,495 円	38,961 円	36,394 円	5,000 円	54,460 円	5,640 円	5,000 円	12,700 円
7割	3割			7割	3割		

※ 公費負担医療の高額療養費算定基準額は、一般所得区分により算出する。

※ 患者の高額療養費算定基準額は 17,700 円 (低所)

(事例 9)

(入院、限度額認定証・上位)			
公費負担者番号①	1 0 2 8 〇 〇 〇 〇	1 医科	1 国保
公費負担者番号②	1 5 2 8 〇 〇 〇 〇	3 3併	1 本入
		保険者番号	
	請求点	負担金額	特記事項
保険	98,651	(40,252) (44,374) 114,937	17 上位 21 高半
公費①	15,365	82,365	
公費②	56,587	44,374	

限度額適用認定証の提示があり、かつ高額療養費の現物給付が行われた場合は、一部負担金を記載する。

結核医療の3者併用の場合は、保険欄の一部負担金から結核公費が負担する額を控除した額を記載する。
(114,937円 - 32,572円)

医療券等に記載された公費負担医療に係る患者負担額を記載する。(自立支援公費は負担上限月額のない者は定率10%負担)

153,650円 (公費併用分)				565,870円 (公費併用分)		
保険	現物高額	公費10	患者	保険	現物高額	患者
107,555円	5,843円	32,572円	7,680円	396,109円	125,387円	44,374円
7割	3割			7割	3割	

266,990円 (保険単独分)		
保険	現物高額	患者
186,893円	49,786円	30,311円
7割	3割	

- ※ 公費負担医療(10)の高額療養費算定基準額は、一般所得区分により算出する。
- ※ 公費負担医療(15)の高額療養費算定基準額は、一般所得区分により算出する。
- ※ 患者の高額療養費算定基準額は、公費負担医療に「なお、患者が負担すべき額がある」と及び「公費負担医療に係る3割分が10,500円を超える」ことから、公費負担医療に係る医療費及び保険単独医療に係る医療費を合算した額を基準に算出する。
(75,000円 + (986,510円 - 250,000円) × 1% = 82,365.1円 ≒ 82,365円)

(事例 10)

(入院、限度額認定証・低所)			
公費負担者番号①	1 0 2 8 〇 〇 〇 〇	1 医科	1 国保
公費負担者番号②		2 2併	1 本入
		保険者番号	
	請求点	負担金額	特記事項
保険	98,814	(28,072)	19 低所 21 高半
公費①	70,865	17,700	
公費②			

結核医療に係る患者負担相当(5%分)において、高額療養費が生じるため、公費負担医療に係る自己負担限度額とは一致しない。
(10,372円 + 17,700円)

708,650円 (公費併用分)				279,490円 (保険単独分)	
保険	現物高額	公費10	現物高額	患者	保険
496,055円	166,793円	10,372円	17,730円	17,700円	195,643円
7割	3割				7割
					3割

- ※ 公費負担医療の高額療養費算定基準額は、一般所得区分により算出する。
- ※ 患者の高額療養費算定基準額は17,700円(低所)