

事 務 連 絡
平成 20 年 3 月 1 日

御 中

鳥取県社会保険診療報酬支払基金

鳥取県の各市町村が実施している自治体医療に
係る審査支払事務の受託について

平素は支払基金の事業運営に対し格別のご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、今般、鳥取県が実施している自治体医療（特別医療費助成制度）につきまして、鳥取県の各市町村長と鳥取県基金幹事長との間で、平成 20 年 4 月 1 日付で契約を締結し、下記のとおり審査支払事務を受託することとなりましたので、お知らせするとともに、ご理解とご協力をお願い申し上げます。

なお、各医療機関・薬局のシステム等の変更に、大変ご迷惑をお掛けしますが、対応をよろしくお願いいたします。

記

1 鳥取県「単県医療費公費負担制度」の概要

(1) 制度名

- ① 身体障害者医療費公費負担制度（法別 8 1）
- ② 知的障害者医療費公費負担制度（法別 8 2）
- ③ 精神障害者医療費公費負担制度（法別 8 3）
- ④ 特定疾病医療費公費負担制度（法別 8 4）
- ⑤ 小児医療費公費負担制度（法別 8 5）
- ⑥ ひとり親家庭等医療費公費負担制度（法別 8 7）

(2) 実施主体

鳥取県内各市町村

(3) 制度対象者及び内容等

ア 対象者及び医療費の助成内容

別紙 1 のとおりです。

- イ 鳥取県内の保険医療機関・保険薬局における受診に適用されますが、対象者が県外の保険医療機関・保険薬局に受診した場合は対象外となり、

償還払いとなります。

- (4) 市町村別医療費公費負担制度実施機関一覧表
別紙2のとおりです。

なお、当該公費実施機関番号を診療（調剤）報酬明細書の公費負担番号欄に記載のうえ請求することとなります。

- 2 審査支払事務の受託時期
平成20年4月診療分から

- 3 請求方法

上記(1)①から⑥の各特別医療費助成制度で保険者が医療保険（社保）分に係る医療費の請求は、3月診療分までは、レセプトに「特」表示により請求していますが、4月診療分より、公費負担医療との併用としてレセプトで請求することとなります。

なお、平成20年3月診療分以前の医療保険（社保）分の取扱いについては、従前どおりの請求となります。

- 4 公費負担医療制度に係る負担金・点数のレセプトへの記載方法
主な事例は別添のとおりとなります。

鳥取県の自治体医療に係る審査支払事務の 受託について

平素は、支払基金の事業運営に対し、格別のご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、今般、鳥取県が実施している自治体医療（特別医療費助成制度）につきまして、鳥取県の各市町村長と鳥取県基金幹事長との間で、平成20年4月1日付で契約を締結し、下記のとおり審査支払事務を受託することとなりましたので、お知らせするとともに、ご理解とご協力をお願い申し上げます。

なお、請求に関する、記載要領等は別紙のとおりとなります。

記

1 鳥取県「単県医療費公費負担制度」の概要

(1) 制度名

- ① 身体障害者医療費公費負担制度（法別81）
- ② 知的障害者医療費公費負担制度（法別82）
- ③ 精神障害者医療費公費負担制度（法別83）
- ④ 特定疾病医療費公費負担制度（法別84）
- ⑤ 小児医療費公費負担制度（法別85）
- ⑥ ひとり親家庭等医療費公費負担制度（法別87）

(2) 実施主体

鳥取県内各市町村

(3) 制度対象者及び内容等

ア 対象者及び医療費の助成内容

別紙1のとおりです。

イ 鳥取県内の保険医療機関・保険薬局における受診に適用されますが、対象者が県外の保険医療機関・保険薬局に受診した場合は対象外となり、償還払いとなります。

(4) 市町村別医療費公費負担制度実施機関一覧表

別紙2のとおりです。

なお、当該公費実施機関番号を診療（調剤）報酬明細書の公費負担番号欄に記載のうえ請求することとなります。

2 審査支払事務の受託時期

平成20年4月診療分から

3 請求方法

上記（1）①から⑥の各特別医療費助成制度で保険者が医療保険（社保）分に係る医療費の請求は公費負担医療との併用としてレセプトで支払基金に請求することとなります。

なお、平成20年3月診療分以前の医療保険（社保）分の取扱いについては、従前どおり国保連合会への請求となります。

4 診療（調剤）報酬の支払

単県医療費公費負担医療制度に係る診療（調剤）報酬の支払いは、他の診療報酬と同一日となります。

5 公費負担医療制度に係る負担金・点数のレセプトへの記載方法

主な事例は別添のとおりとなります。

＜特別医療費助成制度の現行と改正後の内容について＞

区分	対象者	対象者の範囲	現行		改正後（20年4月以降）										
			所得制限	一部負担金	所得制限	一部負担金（単位：円）									
重度心身障害者	身体障害者	・1～2級身体障害者手帳の所持者	なし	なし	本人の年間所得額が一定の金額未満の者を助成 [扶養親族0人の場合] 年間1,595千円未満 （基準額は扶養親族の数により異なる） *高齢福祉年金の支給基準を準用	1 下記①～③に該当する場合、一部負担金を0円とする。 ①市町村民税非課税世帯 ※自立支援医療の対象者のうち未申請者を除く。 ②自立支援医療の高額治療継続者（重度かつ継続）に係る当該自立支援医療 ③障害者自立支援法等の「境界層」 2 上記1以外の対象者については、本人所得に応じて、1医療機関ごとの月額負担上限まで総医療費の1割を負担。 [月額負担上限]（1医療機関ごと） <table><tr><th>区分</th><th>通院</th><th>入院</th></tr><tr><td>一般</td><td>2,000円</td><td>10,000円</td></tr><tr><td>低所得</td><td>1,000円</td><td>5,000円</td></tr></table> 低所得：本人が市町村民税非課税 3 薬局における負担は従来どおり無料。 4 低所得者に対する入院時食事療養費助成の廃止（全対象者共通）	区分	通院	入院	一般	2,000円	10,000円	低所得	1,000円	5,000円
	区分	通院					入院								
一般	2,000円	10,000円													
低所得	1,000円	5,000円													
知的障害者	・IQ35以下の者 ・IQ50以下で3～4級身体障害者手帳の所持者														
精神障害者	精神障害者	・1級精神保健福祉手帳の所持者	なし	なし											
特定疾病	特定疾病患者	・20歳未満の国が定める慢性腎疾患、慢性呼吸器疾患、慢性心疾患、内分泌疾患等の患者 ・20歳以上の先天性代謝異常（先天性クレチン病、フェニルケトン尿症等）の患者	なし	入院 ：医療機関毎に1,200円/日 通院 ：医療機関毎に530円/日 ※負担上限：4日/月まで（2,120円/月） （薬局は無料）	現状どおり 所得制限なし	小児 通院：小学校就学未満まで拡大 入院 ：医療機関毎に1,200円/日 ※低所得者の入院時の自己負担を軽減する。 負担上限：15日/月まで（18,000円/月） 通院 ：医療機関毎に530円/日 ※負担上限：4日/月まで（2,120円/月） （薬局は無料）									
小児	乳幼児	・通院：5歳未満 入院：小学校就学未満													
ひとり親家庭	ひとり親家庭	・18歳の年度末までの児童及びその養育者					所得税非課税世帯	現状どおり 所得税非課税世帯							

特別医療費助成事業

府 県 NO.	県名	実施 主体	区分	対象者	管掌	自己負担		食 事 療 養 費	請 求 の あ る 点 数 表	対 象 医 療 機 関 等	3者併用の請求形態				受託年 月
						入院	外来				医+国公費 +地単		医+地単①+地単②		
											①国公費の 患者負担額 を助成	①地単事 業の3者 ある場合は 管掌、 無い場合は ×	②併用があ る場合の優 先順位	③併用があ る場合の地 単①の患者 負担額の助 成状況	
31	鳥取県	県内 各市町村	身体障害者	1～2級身体障害者手帳の所持者	81	原則、医療費の一割負担。 なお、本人所得に応じ次のとおり月額上 限負担とする。 ○一般 入院: 10,000円 外来: 2,000円 ○低所得(※) 入院: 5,000円 外来: 1,000円 (※本人が市町村民税非課税者) ただし、次の①～③の場合は自己負担 額なし ①市町村民税非課税世帯の者 ②人工透析や統合失調症など自立支援 医療の高額治療継続者(重度かつ継 続)に係る医療に該当する場合 ③障害者自立支援法等の「境界層」 ○保険薬局での負担なし		対象外	1. 3. 4. 6	県内の医 療機関等	○	×	×	×	平成20 年 4月診療
	知的障害者	IQ35以下の者 IQ50以下で3～4級身体障害者手帳の 所持者	82	○	×	×	×								
	精神障害者	1級精神保健福祉手帳の所持者	83	○	×	×	×								
	特定疾病	1. 20歳未満の国が定める慢性腎疾 患、慢性呼吸器疾患、慢性心疾 患、内分泌疾患等の患者 2. 20歳以上の先天性代謝異常(先天 性クレチン病、フェニルケトン尿症等) の患者	84	○	×	×	×								
	小児医療	小学校就学前まで(満6歳の誕生日後 の最初の3月31日受診分まで)	85	○	×	×	×								
	ひとり親家庭	18歳の年度末までの児童及びその養育	87	○	×	×	×								

特別医療公費実施機関番号

	重度心身障害者		精神障害者 (83)	特定疾病 (84)	小児医療 (85)	ひとり親家庭 (87)
	身体障害者 (81)	知的障害者 (82)				
鳥取市	81310013	82310012	83310011	84310010	85310019	87310017
米子市	81310021	82310020	83310029	84310028	85310027	87310025
倉吉市	81310039	82310038	83310037	84310036	85310035	87310033
境港市	81310047	82310046	83310045	84310044	85310043	87310041
岩美町	81310526	82310525	83310524	84310523	85310522	87310520
若桜町	81310583	82310582	83310581	84310580	85310589	87310587
智頭町	81310617	82310616	83310615	84310614	85310613	87310611
三朝町	81310682	82310681	83310680	84310689	85310688	87310686
日吉津村	81310773	82310772	83310771	84310770	85310779	87310777
日南町	81310823	82310822	83310821	84310820	85310829	87310827
日野町	81310831	82310830	83310839	84310838	85310837	87310835
江府町	81310849	82310848	83310847	84310846	85310845	87310843
琴浦町	81310864	82310863	83310862	84310861	85310860	87310868
湯梨浜町	81310872	82310871	83310870	84310879	85310878	87310876
南部町	81310880	82310889	83310888	84310887	85310886	87310884
伯耆町	81310898	82310897	83310896	84310895	85310894	87310892
大山町	81310906	82310905	83310904	84310903	85310902	87310900
八頭町	81310914	82310913	83310912	84310911	85310910	87310918
北栄町	81310922	82310921	83310920	84310929	85310928	87310926

請求書等の記載について

平成 年 月分診療報酬請求書（医科・入院外）

別 記 殿

鳥取県特別医療費助成制度分については、国の公費と同様に保険
種別ごとに件数等を記載願います。

下記のとおり請求します。 平成 年 月 日

所在地及び名称
開設者氏名

印

区 分	件数	診療実日数	点数	一部負担金
医療保険				
医療保険 単独（七 〇以上 九割）	医療（70以上9割）と公費の併用			
	01 (政)			
	02 (船) 職務上			
	03 (日) 職務外			
	04 (日特)			
	31~34 (共) 下船3月			
	一般			
	06 (組)			
	63・72~75 (退)			
	小 計			
医療保険 単独（七 〇以上 七割）	医療（70以上7割）と公費の併用			
	01 (政)			
	02 (船) 職務上			
	03 (日) 職務外			
	04 (日特)			
	31~34 (共) 下船3月			
	一般			
	06 (組)			
	63・72~75 (退)			
	小 計			
医療保険 単独（本人）	医療本人と公費の併用			
	01 (政)			
	02 (船) 職務上			
	03 (日) 職務外			
	04 (日特)			
	31~34 (共) 下船3月			
	一般			
	06 (組)			
	07 (自)			
	63・72~75 (退)			
	小 計			
医療保険 単独（家族）	医療家族と公費の併用			
	01 (政)			
	02 (船)			
	03 (日)			
	04 (日特)			
	31~34 (共)			
	06 (組)			
	63・72~75 (退)			
	小 計			
	小 計			
医療保険 単独（三 歳）	医療（3歳）と公費の併用			
	01 (政)			
	02 (船)			
	03 (日)			
	04 (日特)			
	31~34 (共)			
	06 (組)			
	63・72~75 (退)			
	小 計			
	小 計			
① 合 計				

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

請求書2枚目には、法別番号ごとに件数等を記載願います。

区 分		件数	診療実日数	点数	一部負担金 (控除額)
老人保健	老人9割と公費の併用				
	老人単独				
	小計				
	老人7割と公費の併用				
	老人単独				
	小計				
② 合 計					
公費負担	公費と老人の併用				
	12 (生保)				
	10 (結核34)				
	81				
	82				
	83				
	84				
	85				
	87				
	公費と公費の併用				
	12 (生保)				
	10 (結核34)				
公費単独	12 (生保)				
	11 (結核35)				
	20 (精神29)				
③ 合 計					
総件数①+②+③			件	請求金額	円

備 考

事例 1

(医科入院)

都道府 医療機関コード
県番号

平成 年 月分

1 医科	1 社・国 2 公 費	3 老人 4 退 職	1 单独 2 2 併 3 3 併	1 本入 3 三入 5 家入	7 高入9 9 高入7
				給付割合	10 9 8 7 ()

市町村									老人医療 の受給者 番号								
番 号									番号								
公費負担 者番号①	8	4	3	1	*	*	*	*	医療の受 給者番号①	0	0	0	1	0	0	8	
公費負担 者番号②									医療の受 給者番号②								

保険者 番号							給付 割合	1098 7 ()
被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号								

区分	精神	結核	療養	特記事項
氏名				*島取県
1男 2女	1明 2大	3昭 4平	生	
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害			

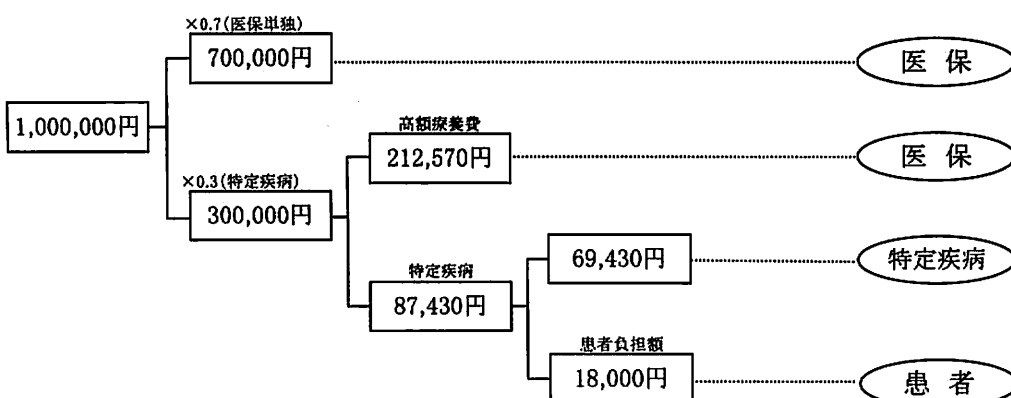
* 集取単独医療費助成事業の番号及び受給者番号の記載 *

傷病名	(1)	(1)	年	月	日	転	治	死	中	止	診療費① 公費②	30	日
	(2)	(2)	年	月	日								日
	(3)	(3)	年	月	日								日

11	初 診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数
13	医学管理				
14	在 宅				

○療養の給付

【事例】 特定疾病 年齢18歳（患者負担 1,200円/日） ※低所得者…上限15日/月（18,000円/月）



※ 1,000,000円×0.3－{80,100円＋(1,000,000円－267,000円)×0.01}＝212,570円(高額療養費)
 ※ 87,430円－18,000円＝69,430円(鳥取県特定疾病医療への請求額)

[illegible]

* レセプトOCRエリアについても、国の公費負担医療と同様に鳥取県特別医療費助成事業の公費番号及び受給者番号等の情報を格納願います。(記録方法は、国の公費負担医療と同じです。)

事例 3 明細書
(医科入院外)

都道府 医療機関コード
県番号

1 医科	1 社・国	3 老人	1 単独	2 本外	8 高外9
2 公費	2 公費	4 退職	2 2 併	4 三外	0 高外7
			3 3 併	6 家外	
				給付割合	10 9 8
					7 ()

平成 年 月 分

市町村 番 号								老人医療 の受給者 番 号										
公費負担 者番号①	8	7	3	1	*	*	*	公費負担 医療の受 給者番号①	0	0	0	1	0	0	8			
公費負担 者番号②								公費負担 医療の受 給者番号②										

保険者 番 号																	
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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昭 4平 . . 生

特記事項 保険医
療機関
*鳥取県単独医療費助成事業の番号及び受給者番号の記載欄

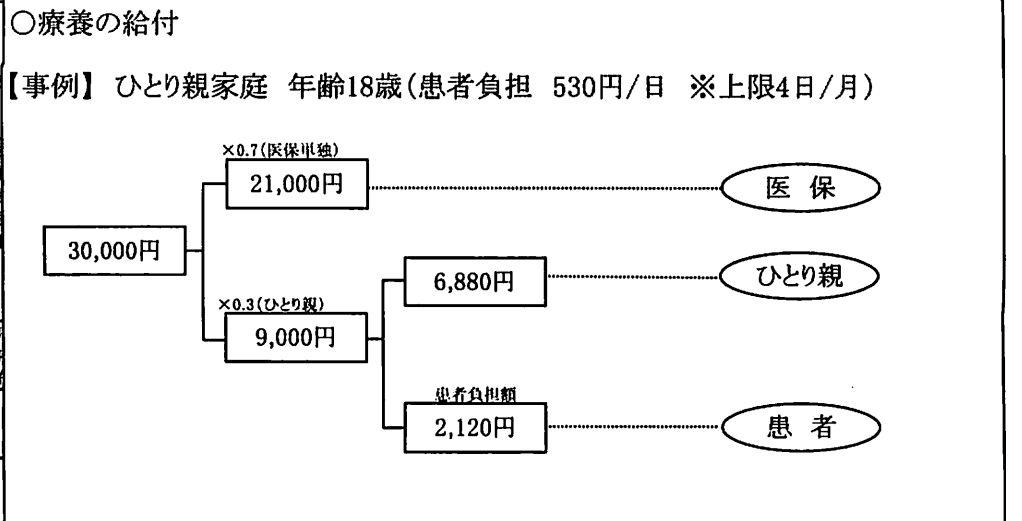
職務上の事由 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害

傷 病 名	(1)	(2)	(3)	診 療 開 始 日	(1)	年	月	日	転 治 死 亡 中 止	診 療 実 日 数	保 険 公 費 ① 公 費 ②	5 日
					(2)	年	月	日				日
					(3)	年	月	日				日

1 1 初 診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数
1 2 再 診		×	回	
再 外 来 管 理 加 算		×	回	
時 間 外		×	回	
診 休 日		×	回	
深 夜		×	回	

1 3 医学管理

1 4 往 診
夜 間
在 深 夜・緊 急
在宅患者訪問診療
宅 其 他
薬 剤



2 0 投 薬	21 内 服 薬	22 屯 服 薬	23 外 用 薬	25 処 方	26 麻 酔	27 調 剤
3 0 注 射	31 皮下筋肉	32 静 脈	33 其 他			
4 0 処 置	薬 剤					
5 0 手 術 酔	薬 剤					

6 0 検 査	回		
7 0 画 像 断	回		
8 0 処 方 せん	回		
其 他	薬 剤		

患者負担額1日530円となる場合は、上限4回までの2,120円となります。

保 険 公 費 ① 公 費 ②	3,000	点	※	決 定 点	一部負担金額	円
		点	※		減額 割(円)免除・支払額	円
		点	※		2,120	円
		点	※		円	※ 高額療養費 円
		点	※		円	※ 公費負担点数 点
		点	※		円	※ 公費負担点数 点

*レセプトOCRエリアについても、国の公費負担医療と同様に鳥取県特別医療費助成事業の公費番号及び受給者番号等の情報を格納願います。(記録方法は、国の公費負担医療と同じです。)

[illegible]

事例 5 明細書 (医科入院外)		都道府県番号 医療機関コード		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>1 社・国</td><td>3 老人</td><td>1 単独</td><td>2 本外</td><td>8 高外9</td> </tr> <tr> <td>医科</td><td>2 公費</td><td>4 退職</td><td>2 2 併 3 3 併</td><td>4 三外 6 家外</td><td>0 高外7</td> </tr> </table>								1	1 社・国	3 老人	1 単独	2 本外	8 高外9	医科	2 公費	4 退職	2 2 併 3 3 併	4 三外 6 家外	0 高外7
				1	1 社・国	3 老人	1 単独	2 本外	8 高外9														
医科	2 公費	4 退職	2 2 併 3 3 併	4 三外 6 家外	0 高外7																		
平成 年 月 分																							

市町村番号	老人医療の受給者番号	公費負担医療の受給者番号①	公費負担医療の受給者番号②	1 2 3 4 5 6 7	0 0 0 1 0 0 8
5 1 3 1 6 0 1 6					
8 5 3 1 * * * *					

保険者番号 被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	10 9 8 7 ()
------------------------------	-----------------

氏名	特記事項 保険医 療機関 国の特定疾患治療研究事業と鳥取県小児医療医療制度の併用 (3者併用→2者併用となる場合)
1男 2女 1男 2大 3昭 4平 . . . 生	

職務上の事由	(床)
1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害	

傷病名	診療開始日
(1)	(1) 年 月 日
(2)	(2) 年 月 日
(3)	(3) 年 月 日

1 1	初 診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数	
1 2	再 診	時間外・休日・深夜	×	回		

1 3	医学管理	○療養の給付 【事例】 国の特定疾患治療研究事業(患者負担額なし)と小児医療の併用 *年齢2歳(患者負担530円/日) 7,000円 $\times 0.8$ (医保) 5,600円 $\times 0.2$ (特定疾患) 1,400円 医 保 特定疾患
-----	------	--

※本件については、公費①(51,31,601,6)のみの請求となり、鳥取県の小児医療制度の請求金額はありませんが、小児医療制度分(85)の公費番号及び受給者番号についても記載願います。

1 4	往 診	夜 間	深 夜・緊 急	在宅患者訪問診療	その他	在宅	薬剤	2 0	投 薬	21 内服薬	22 外用薬	23 外用薬	25 処方箋	26 処方箋	27 処方箋	3 0	注 射	31 皮下筋肉内	32 静脈内	33 その他	4 0	処 置	薬 剤	5 0	手術	薬 剤	6 0	検 査	薬 剤	7 0	両 診	薬 剤	8 0	処 方	回	その他	薬 剤
-----	-----	-----	---------	----------	-----	----	----	-----	-----	--------	--------	--------	--------	--------	--------	-----	-----	----------	--------	--------	-----	-----	-----	-----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---	-----	-----

療養の公費①	療養の公費②	請求点	決定点	一部負担金額	円	減額 割(円)免除・支払額予	円	※ 高額療養費	円	※ 公費負担点数	点	※ 公費負担点数	点
700													

*レセプトOCRエリアについても、国の公費負担医療と同様に鳥取県特別医療費助成事業の公費番号及び受給者番号等の情報を格納願います。(記録方法は、国の公費負担医療と同じです。)

事例 6 明細書 (医科入院外)		都道府県番号	医療機関コード	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1</td><td>1 社・国</td><td>3 老人</td><td>1 単独</td><td>2 本外</td><td>8 高外9</td> </tr> <tr> <td>医科</td><td>2 公費</td><td>4 退職</td><td>2 2 併</td><td>4 三外</td><td>0 高外7</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td>3 3 併</td><td>6 家外</td><td></td> </tr> </table>									1	1 社・国	3 老人	1 単独	2 本外	8 高外9	医科	2 公費	4 退職	2 2 併	4 三外	0 高外7				3 3 併	6 家外	
1	1 社・国	3 老人	1 単独	2 本外	8 高外9																									
医科	2 公費	4 退職	2 2 併	4 三外	0 高外7																									
			3 3 併	6 家外																										
平成 年 月 分																														
市町村 番号		老人医療 の受給者 番号		公費負担 医療の受 給者番号①		公費負担 医療の受 給者番号②		保険者 番号		給付割合 10 9 8 7 ()																				
公費負担 者番号① 1 5 3 1 0 0 1 4		公費負担 者番号② 8 1 3 1 * * * *		1 2 3 4 5 6 7		0 0 0 1 0 0 8		被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号																						
氏名		特記事項																												
		国の自立支援医療と鳥取県身体障害者医療制度の併用																												
職務上の事由 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害																														
傷病名		(1)		(2)		(3)		(1)		(2)		(3)		(1)		(2)		(3)												
1 1		初診		時間外・休日・深夜		回		点		公費分点数																				
1 2		再診		×		回																								
再		外来管理加算		×		回																								
時		時間外		×		回																								
診		休日		×		回																								
深		深夜		×		回																								
1 3		医学管理																												
1 4		往夜深夜・緊急在宅患者訪問その他																												
2 0		21 内服薬 22 外用薬 23 外用薬 25 処方薬 26 麻酔薬 27 麻酔薬																												
3 0		31 皮下注射 32 静注 33 その他																												
4 0		処置薬																												
5 0		手術酔薬																												
6 0		検査薬																												
7 0		面診像断																												
8 0		処方せん																												
その他		薬剤																												
請求点		※		決定点		一部負担金額		円																						
療養費		1,000																												
公費①		点		※		点		減額(円)免除・支払猶予		1,000 円																				
給付②		点		※		点		円		※高額療養費		円		※公費負担点数		点		※公費負担点数		点										

○療養の給付

【事例】 国の自立支援医療(患者負担額1割)と鳥取県身体障害者医療(患者負担額なし) *年齢18歳

10,000円

$\times 0.7$ (医保)

7,000円

$\times 0.3$ (自立支援)

3,000円

[自立支援に係る患者負担額]

1,000円

医 保

自 立 支 援

身 体 障 害 者

※ 10,000円 $\times$ 0.3 - 1,000円 = 2,000円 (自立支援医療への請求額)

※ 10,000円 $\times$ 0.1 = 1,000円 (身体障害者医療への請求額)

*レセプトOCRエリアについても、国の公費負担医療と同様に鳥取県特別医療費助成事業の公費番号及び受給者番号等の情報を格納願います。(記録方法は、国の公費負担医療と同じです。)

事例 7		明細書 (医科入院)		都道府 医療機関コード 県番号		1 1 社・国 3 老人 1 単独 1 本入 7 高入9 医 科 2 公費 4 退職 3 3 併 3 三入 9 高入7	
平成 年 月 分							
市町村 番 号				老人医療 の受給者 番 号			
公費負 担者番 号 ①		1 5 3 1 0 0 1 4		公費負担 医療の受 給者番号①		1 2 3 4 5 6 7	
公費負 担者番 号 ②		8 1 3 1 * * * *		公費負担 医療の受 給者番号②		0 0 0 1 0 0 8	
保険者 番 号							
被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号							
給付 割合				10 9 8 7 ()			
区分		精神 結核 療養		特記事項		保険医 療機関	
氏 名		1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . 生		国の自立支援医療と鳥取県身体障害者医療制度の併用			
職務上の事由		1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害					
傷 病 名		(1) (2) (3)		診 察 開 始 日		(1) 年 月 日 転 治ゆ 死亡 中止 診療 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日 帰 療 公費① 公費② 日 数	
1 1 初 診		時間外・休日・深夜		回 点		公費分点数	
1 3							
1 4							
2 0 投 薬		○療養の給付 【事例】 国の自立支援医療(患者負担額1割)と鳥取県身体障害者医療(患者負担額1割) *年齢20歳 130,000円 ×0.7(医保) 91,000円 ×0.3(自立支援) 39,000円 26,000円 (自立支援に係る 患者負担額) 13,000円 (身体障害者に係る 患者負担額) 10,000円 医 保 自立支援 身体障害者 患 者 ※ 130,000円×0.3-13,000=26,000円(自立支援医療への請求額) ※ 130,000円×0.1-10,000円=3,000円(身体障害者医療への請求額)					
3 0 注 射							
4 0 処 置							
5 0 手 術							
6 0 検 査							
7 0 面 診							
8 0 そ の 他							
9 0 入 院							
療 養							
公費 給 付							
請求点※決定点		負担金額円		減額割(円)免除・支払猶予		円	
13,000				13,000			
				10,000			
※高額療養費		円		※公費負担点数 点		点	
9 7 基準 食事・ 生活		円× 回 円× 回 円× 日 円× 日		※公費負担点数 点 基準(生) 円× 回 特別(生) 円× 回 減・免・猶・I・II・3月超		円	
食 事 省 略						円	

*レセプトOCRエリアについても、国の公費負担医療と同様に鳥取県特別医療費助成事業の公費番号及び受給者番号等の情報を格納願います。(記録方法は、国の公費負担医療と同じです。)

事例 9

○調劑報酬明細書

都道府 薬局コード
県番号

平成 年 月分

[illegible]

被保険者証・被保険者
手帳等の記号・番号

氏

特記事項	保險業
------	-----

名	1男	2女	1明	2大	3昭	4平	.	.	生
---	----	----	----	----	----	----	---	---	---

*鳥取県単独医療費助成事業の番号及び受給者番号の記載欄

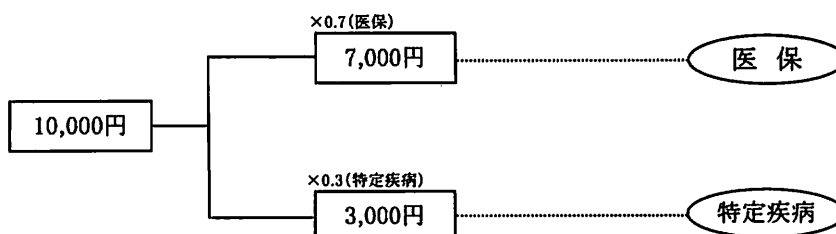
職務上の事由	1 職務上	2 下船後3月以内	3 通勤災害
--------	-------	-----------	--------

所在地及び医療機関の名称	保険医氏名	1	6	保険 受付回数 公費① 公費②	2	回
		2	7			
		3	8			回
		4	9			
		5	10			回

原料			外方	烟剂	烟剂剂型	数量	
----	--	--	----	----	------	----	--

○療養の給付

【事例】 特定疾病 *年齢20歳(患者負担額なし)



調剤における患者負担は無料

摘要

※高 額 徴養費	円
※公費負 担点数	点
※公費負 担点数	点

保 險	請 求 点	※ 決 定 点	一部負担金額 円	調剤基本料 点	時間外等加算 点	薬学管理料 点
	1,000		減額 剤(円) 免除・支払額予			
公 費 ①	点	※ 点	円	点	点	点
公 費 ②	点	※ 点	円	点	点	点

*レセプトOCRエリアについても、国の公費負担医療と同様に鳥取県特別医療費助成事業の公費番号及び受給者番号等の情報を格納願います。（記録方法は、国の公費負担医療と同じです。）

事例 10 明細書 医科入院外) 都道府県番号 医療機関コード		平成 年 月 分		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: 0.8em;"> <tr> <td>1</td><td>1 社・国</td><td>3 老人</td><td>1 単独</td><td>2 本 外</td><td>8 高外9</td> </tr> <tr> <td>医</td><td>2 公費</td><td>4 退職</td><td>2 2 併</td><td>4 三 外</td><td>0 高外7</td> </tr> <tr> <td>科</td><td></td><td></td><td>3 3 併</td><td>6 家 外</td><td></td> </tr> </table>										1	1 社・国	3 老人	1 単独	2 本 外	8 高外9	医	2 公費	4 退職	2 2 併	4 三 外	0 高外7	科			3 3 併	6 家 外																																																					
		1	1 社・国	3 老人	1 単独	2 本 外	8 高外9																																																																												
医	2 公費	4 退職	2 2 併	4 三 外	0 高外7																																																																														
科			3 3 併	6 家 外																																																																															
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: 0.8em;"> <tr> <td>市町村</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>老人医療の受給者番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>公費負担医療の受給者番号①</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td>公費負担番号①</td><td>5</td><td>2</td><td>3</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>8</td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>公費負担番号②</td><td>8</td><td>4</td><td>3</td><td>1</td><td>*</td><td>*</td><td>*</td><td>*</td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>公費負担医療の受給者番号②</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>0</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>0</td><td>8</td> </tr> </table>												市町村						老人医療の受給者番号						番号						公費負担医療の受給者番号①	1	2	3	4	5	公費負担番号①	5	2	3	1	0	0	1	8				公費負担番号②	8	4	3	1	*	*	*	*										公費負担医療の受給者番号②	0	0	0	1	0											0	8
市町村						老人医療の受給者番号																																																																													
番号						公費負担医療の受給者番号①	1	2	3	4	5																																																																								
公費負担番号①	5	2	3	1	0	0	1	8																																																																											
公費負担番号②	8	4	3	1	*	*	*	*																																																																											
						公費負担医療の受給者番号②	0	0	0	1	0																																																																								
										0	8																																																																								

氏名											特記事項
	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . . 生										
職務上の事由 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害											

保険者番号										給付割合 10 9 8 7 ()	
被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号 国の小児慢性特定疾患治療研究事業と鳥取県特定疾病医療制度の併用											

傷病名	(1)										
	(2)										
	(3)										

診療開始日	(1)	年	月	日	転	治ゆ	死亡	中止	診療終了日	2 日
	(2)	年	月	日					診療終了日	
	(3)	年	月	日					診療終了日	
									診療終了日	

○療養の給付（国の小児慢性特定疾患治療研究事業と鳥取県特定疾病医療制度が競合しない場合）

【事例】 国の小児慢性特定疾患治療研究事業（患者負担限度額 1,700円）と鳥取県特定疾病医療（患者負担額 530円/日） * 年齢16歳

小児慢性特定疾患治療研究事業に係る医療費…700点
 鳥取県特定疾病医療に係る医療費…1,300点

```

      graph LR
        A[20,000円] --> B[7,000円 (医保・小児慢性)]
        A --> C[13,000円 (医保・特定疾病)]
        B --> D[4,900円 ×0.7(医保)]
        B --> E[2,100円 ×0.3(小児慢性)]
        C --> F[9,100円 ×0.7(医保)]
        C --> G[3,900円 ×0.3(特定疾病)]
        D -.-> H(医 保)
        E --> I[400円]
        E --> J[1,700円 (小児慢性に係る患者負担額)]
        I -.-> K(小児慢性)
        J -.-> L(患 者)
        F -.-> M(医 保)
        G --> N[2,840円]
        G --> O[1,060円 (特定疾病に係る患者負担額)]
        N -.-> P(特定疾病)
        O -.-> Q(患 者)
    
```

* 7,000円×0.3－1,700円＝400円（小児慢性疾患への請求額）

* 13,000円×0.3－1,060円＝2,840円（特定疾病医療への請求額）

保険料の給付	薬 剤		請 求 点 数		決 定 点 数		一部負担金額 円		減額 割(円)免除・支払猶予	

2,000	700	1,300
-------	-----	-------

2,000	700	1,300	円	円	円	円	円	円	円	円	円
-------	-----	-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

*レセプトOCRエリアについても、国の公費負担医療と同様に鳥取県特別医療費助成事業の公費番号及び受給者番号等の情報を格納願います。（記録方法は、国の公費負担医療と同じです。）

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
2. ※印の欄は、記入しないこと。

事例 11 明細書 (医科入院外)		都道府県番号		医療機関コード		1 1 社・国 3 老人 1 単独 2 本外 8 高外9	
						2 公費 4 退職 3 3 併 6 家外 10 9 8	
平成 年 月 分		保険者		被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号		給付割合 7 ()	
市町村	老人医療 の受給者 番号	公費負担 医療の受 給者番号①		公費負担 医療の受 給者番号②		0 0 0 1 0 0 8	
番号	8 4 3 1 * * *						
公費負担 番号①							
公費負担 番号②							
氏名		特記事項		保険医 療機関 *鳥取県単独医療費助成事業の番号及び受給者番号の記載欄			
1 男 2 女 1 明 2 大 3 昭 4 平 . . . 生							
職務上の事由		1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害		(床)			
傷病名	(1)	診療開始日	(1) 年 月 日	転院	治癒	死亡	中止
	(2)	診療開始日	(2) 年 月 日				
	(3)	診療開始日	(3) 年 月 日				
1 1	初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点	2 日	
1 2	再診		×	回		日	
再	外来管理加算		×	回		日	
時	間		×	回		日	
診	休日		×	回		日	
深	夜		×	回		日	
1 3	医学管理						
1 4	往診	○療養の給付					
在	深夜・緊急 在宅患者訪問 その他薬剤	【事例】 特定疾病 年齢20歳(患者負担 530円/日) ※1日目 特定疾病以外に係る医療での受診分...1,000点 ※2日目 特定疾病に係る医療での受診分.....1,000点(患者負担額530円)					
2 0	21 内服 22 処方 23 外用 25 処方 26 麻薬 27 調剤	20,000円 (医保単独) 10,000円 (医保) × (特定疾病) 10,000円 ×0.7(医保) 7,000円 → 医 保 ×0.3(患者) 3,000円 → 患 者 ×0.7(医保) 7,000円 → 医 保 ×0.3(特定疾病) 3,000円 → 特定疾病 患者負担額 530円 → 患 者					
3 0	31 皮下筋注 32 静脈注射 33 その他						
4 0	処置						
5 0	手術						
6 0	検査						
7 0	画像診断						
8 0	処方せん						
その他	薬剤						
療養給付	請求点	決定点	一部負担金額	円			
の公費	2,000		減額(円)免除・支払猶予	円			
給①	1,000		530	円			
付②				円	高額療養費	円	公費負担点数
				円	公費負担点数		公費負担点数

*レセプトOCRエリアについても、国の公費負担医療と同様に鳥取県特別医療費助成事業の公費番号及び受給者番号等の情報を格納願います。(記録方法は、国の公費負担医療と同じです。)

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
2. ※印の欄は、記入しないこと。

事例 12 明細書 (医科入院外)		都道府 医療機関コード 県番号	<table border="1" style="font-size: small;"> <tr> <td>1 医科</td> <td>1 社・国 2 公費</td> <td>3 老人 4 退職</td> <td>1 単独 2 2併 3 3併</td> <td>2 本外 4 三外 6 家外</td> <td>8 高外9 0 高外7</td> </tr> </table>		1 医科	1 社・国 2 公費	3 老人 4 退職	1 単独 2 2併 3 3併	2 本外 4 三外 6 家外	8 高外9 0 高外7
1 医科	1 社・国 2 公費	3 老人 4 退職	1 単独 2 2併 3 3併	2 本外 4 三外 6 家外	8 高外9 0 高外7					
平成 年 月 分		<table border="1" style="font-size: small;"> <tr> <td>10 9 8</td> <td>7 ()</td> </tr> </table>		10 9 8	7 ()					
10 9 8	7 ()									
市町村 番 号	老人医療 の受給者 番 号	保険者 番 号	被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号							
公費負担 者番号①	公費負担 医療の受 給者番号①	0 0 0 1 0 0 8								
公費負担 者番号②	公費負担 医療の受 給者番号②									
氏 名		特記事項								
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . . 生		保険医 療機関 *鳥取県単独医療費助成事業の番号及び受給者番号の記載欄								
職務上の事由		(床)								
1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害										
傷病名	(1)	診療開始日	(1) 年 月 日	転治中止	診療日数					
	(2)	(2) 年 月 日			1 日					
	(3)	(3) 年 月 日			日					
1 初診										
12 再外来管理加算 再診時間外深夜		○療養の給付								
13 医学管理		【事例】 特定疾病 年齢20歳								
14 往夜探夜・緊急在宅患者訪問その他		※ 特定疾病に係る医療での受診分.....255点(患者負担 530円/日)								
		特定疾病以外に係る医療での受診分...300点								
20 投薬	21 内服 22 屯服 23 外用 25 処麻 26 調剤	5,550円 (医保単独) 3,000円 ×0.7(医保) 2,100円 医 保 ×0.3(患者) 900円 患 者								
30 注射	31 皮下筋 32 静脈 33 その他	2,550円 (医保)×(特定疾病) 2,550円 ×0.7(医保) 1,785円 医 保 ×0.3(特定疾病) 765円 235円 特定疾病								
40 処置	薬 剤	530円 患者負担額 患 者								
50 手術	麻酔 薬 剤									
60 検査	薬 剤									
70 画像診断	薬 剤									
80 その他	処方せん 薬 剤									
療養給付	請求点	555	決定点	一部負担金額	円					
公費①	255	減額 額(円)免除・支払額予	530	円						
公費②		円	※ 高額療養費 円	※ 公費負担点数 点	※ 公費負担点数 点					

*レセプトOCRエリアについても、国の公費負担医療と同様に鳥取県特別医療費助成事業の公費番号及び受給者番号等の情報を格納願います。(記録方法は、国の公費負担医療と同じです。)

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
2. ※印の欄は、記入しないこと。

自立支援医療費に係る自己負担額

所得等区分			療養の給付	
			自己負担額	月額上限額
一定所得以下	生活保護世帯			自己負担なし
	市町村民税非課税非課税世帯Ⅰ		1割	2,500円
	市町村民税非課税非課税世帯Ⅱ		1割	5,000円
中間的な所得	所得税非課税	一般	1割	医療保険の自己負担限度額
		育成医療の経過措置	1割	10,000円
		重度かつ継続	1割	5,000円
	所得税額30万円相当未満	一般	1割	医療保険の自己負担限度額
		育成医療の経過措置	1割	40,200円
		重度かつ継続	1割	10,000円
一定所得以上	所得税額30万円相当以上	一般	給付対象外	
		重度かつ継続	1割	20,000円

国の自立支援と鳥取県障害者医療の受給者証をそれぞれ所持している場合の取扱い

鳥取県の障害者医療の助成内容
助成対象なし
2,500円を助成
5,000円を助成
1割について鳥取県障害者医療内容で助成
10,000円を助成
5,000円を助成
1割について鳥取県障害者医療内容で助成
40,200円を助成？ 1割について鳥取県障害者医療内容で助成？
10,000円を助成
1割について鳥取県障害者医療内容で助成
20,000円を助成

レセプトの記載について(追加)

報酬明細書

平成

年

月分

3 齒科	1社・国 2公 費	3老人 4退職	1单独 22併 33併	2本外 4三外 6家外	8高外9 0高外7
				給付 割合	10 9 8 7 ()

保險者
番 号

給付	10	9	8
割合	7	(	)

被保険者証・被保険者
手帳等の記号・番号

保險医

療機関

の所在

地及び

名称

氏名

1男2女 1明 2大 3昭 4平 . . 生

職務上の事由	1 職務上	2 下船後3月以内	3 通勤災害
--------	-------	-----------	--------

特記事項

扁出

補管

総指1

総指2

診療開始日	年 月 日			
	診療実日数 1 日 (日)			
転帰	治ゆ	死亡	中止	

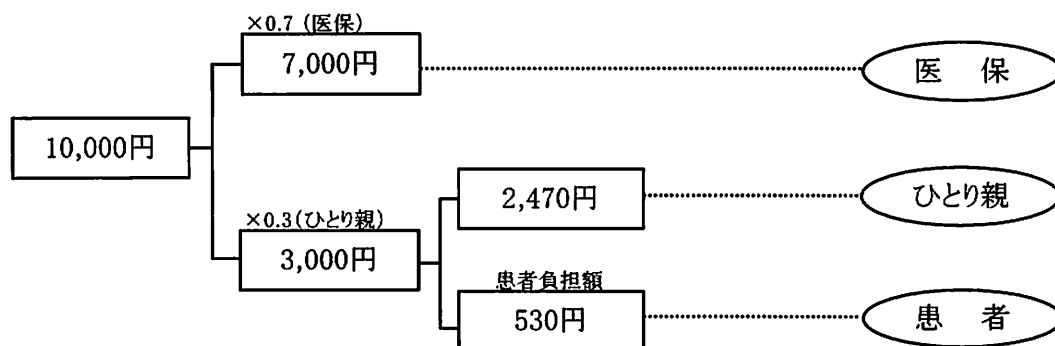
*鳥取県ひとり親の番号及び受給者番号の記載欄

初診		時間外 ()	休日 ()	深夜 ()	乳 ()	乳・時間外 ()	乳・休日 ()	乳・深夜 ()	障 ()	障導 ()		点
再診	×	時間外 ×	休日 ×	深夜 ×	乳 ×	乳・時間外 ×	乳・休日 ×	乳・深夜 ×	障 ×			
指導	総指	C指	P指	教習指	継続	南清	衛実	F局	F洗	医管	その他	
投薬・注射	内	屯	外注		調 × ×	処方 ×	情 × + ×	処 × ×		注 × ×		
X線 撮 影	全額	枚	模 ×	S培 ×	平 ×	基 ×	× ×	精 ×	× ×	そ 他		
標 本	×	×	写 ×	教習砂 ×	潤 ×	基本 検査	×	密 検査	×	×		
検査 バ	×	×	DNR	×	×	×	×	×	×	×		

○療養の給付【歯科分】

【事例】 ひとり親家庭

* 年齢 16歳(患者負担額 530円/日)



※ 10,000円×0.3-530円=2,470円(ひとり親家庭への請求額)

[illegible]

*レセプトOCRエリアについても、国の公費負担医療と同様に鳥取県単独医療費助成事業の公費番号及び受給者番号等の情報を格納願います。(記録方法は、国の公費負担医療と同じです。)

明細書
(医科入院外)

都道府 医療機関コード
県番号

1	1 社・国	3 老人	1 单独	2 本外	8 高外9
医科	2 公費	4 退職	2 2 併 3 3 併	4 三外 6 家外	
				給付割合	10 9 8 7 ()

平成 年 月分

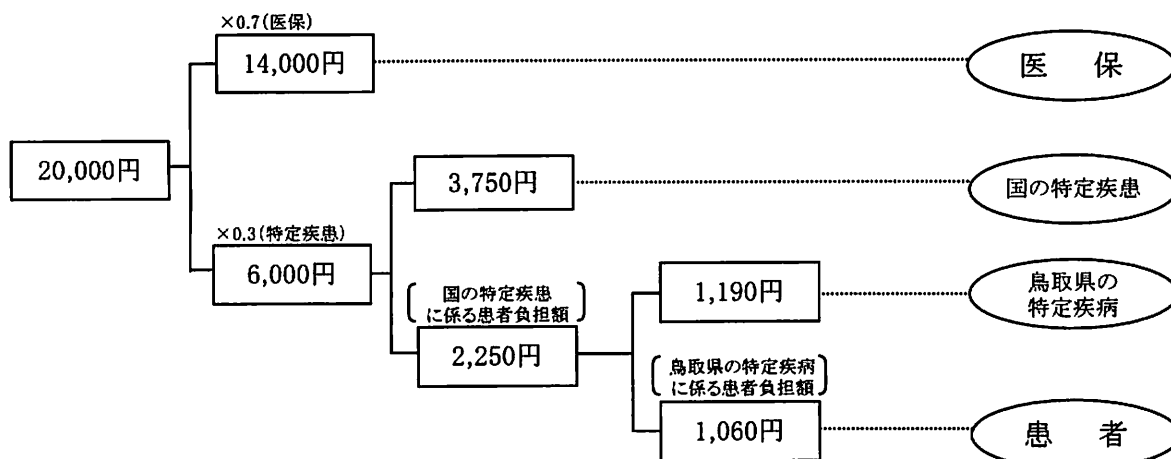
市町村					老人医療 の受給者							
番 号					番 号							
公費負担 担者番号 ①	5	1	3	1	公費負担 医療の受 給者番号①	1	2	3	4	5	6	6
公費負担 担者番号 ②	8	4	3	1	公費負担 医療の受 給者番号②	0	0	0	1	0	0	8

保険者 番 号						給付割合	10 9 8 7 ()
被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号							

氏 名			特 記 事 項	保険医 療機関				
			*国の特定疾患治療研究事業の番号及び 鳥取県特定疾病医療の番号及び受給者番号の記載欄					
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . . 生								
職務上の事由		1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害		(床)				
傷 病 名	(1)	診 療 開 始 日	(1) 年 月 日	転 治 ゆ	死 亡	中 止	保 険 公 費 ① 公 費 ②	2 日
	(2)		(2) 年 月 日					日
	(3)		(3) 年 月 日					日

○療養の給付

【事例】 国の特定疾患治療研究事業(患者負担額 2,250円)と鳥取県特定疾病の併用
 * 同点数(国の特定疾患治療研究事業に対する患者負担額を鳥取県特定疾病が助成する場合)
 * 年齢 16歳(患者負担額 530円/日)



※ 2,250円-1,060円=1,190円(鳥取県特定疾病への請求額)

[illegible]

*レセプトOCRエリアについても、国の公費負担医療と同様に鳥取県特別医療費助成事業の公費番号及び受給者番号等の情報を格納願います。(記録方法は、国の公費負担医療と同じです。)

*レセプトOCRエリアについても、国の公費負担医療と同様に鳥取県特別医療費助成事業の公費番号及び受給者番号等の情報を格納願います。（記録方法は、国の公費負担医療と同じです。）

*レセプトOCRエリアについても、国の公費負担医療と同様に鳥取県特別医療費助成事業の公費番号及び受給者番号等の情報を格納願います。（記録方法は、国の公費負担医療と同じです。）