

島国保連C第 1053 号

平成 18 年 10 月 12 日

保険医療機関 様
(医科)

島根県国民健康保険団体連合会
(公印省略)

診療報酬請求書様式の改正等について

平素から、診療報酬請求につきまして格別のご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、健康保険法等の一部を改正する法律の施行による高齢者の一部負担金等の改正に伴い、診療報酬請求書等の様式が省令により改正されました。

つきましては、平成 18 年 10 月診療分（11 月請求分）から診療報酬請求書を別添様式のとおり変更しますのでよろしくお願いいたします。

また、老人保健法施行令の改正に伴い、福祉医療費助成制度の取扱いについて一部変更がありますので、併せてご協力をお願いいたします。

なお、変更に伴う注意点については、下記のとおりですのでご確認ください。

記

1. 診療報酬請求書について

- ① 高齢受給者・老人医療受給者 8 割給付分の月遅れ請求については、高齢受給者・老人医療受給者 7 割給付分の欄に合算する。
- ② 請求書「長」の欄には、「02：長」と「16：長 2」を合算する。
- ③ 当分の間は、従前の様式も取り繕って使用できることとする。

2. 福祉医療費助成制度の取扱いについて

福祉医療対象者で「一般」、老人医療受給者及び前期高齢者でも「一般」の負担限度額区分に属する方は、入院の場合のみ福祉医療を利用すること（別紙参照）。

問合せ先：審査第一課

TEL：(0852) 21-2114

FAX：(0852) 21-3550

[illegible]

平成 年 月分 診療報酬請求書 (医科)

保険者コード

--	--	--	--	--	--	--	--

保険者名

様

県コード

32

医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

保険医療機関の

所在地及び名称

開設者氏名

電話番号

(印)

				療養の給付				食事療養・生活療養				長・原件数再掲	
				件数	日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額	長	原
老人保健 (27)	老人九割①	請求	入院①				円			円	円		
			入院外②										
		決定	入院①										
			入院外②										
	老人七割②	請求	入院①										
			入院外②										
		決定	入院①										
			入院外②										

公費負担医療 (再掲)

コード 区分		療養の給付			食事療養・生活療養			備考
		件数	点数	患者負担額	件数	金額	負担額 (公費分)	
10	結核							
11	結核 (命入)							
15	更生医療							
16	育成医療							
19	原爆医療							
20	精神 (措置)							
21	精神保健							
23	療育医療							
24	療養介護医療							
51	特定疾患							
52	小児慢性							
53	児童・知的							
79	障害児施設医療							
90	乳幼児等医療							
91	福祉医療							

注 1. 太枠欄のみ記入して下さい。

2. 公費再掲欄には一般、退職、老人の入院、入院外を合算の上、記入して下さい。
(ただし、原爆医療については、一般、退職のみを合算すること)

3. 長・原欄には、それぞれの該当件数を再掲して下さい。

福祉医療費助成制度の取扱いについて（平成18年10月診療分から）

島根県国民健康保険団体連合会

平成18年10月から、70歳以上の一般所得者について、入院時の自己負担限度額が40,200円から44,400円となりました。それに伴って福祉医療の負担区分が「一般」、老人医療受給者及び前期高齢者で負担割合が「一割」の方について、福祉医療費助成制度の取扱いが変更されました。

①入院時の一部負担金額が40,200円を超える場合

市町村 番 号	2	7	3	2				老人医療 の受給者 番 号						
公費負担者 番号①	9	1	3	2				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						

療養の 給付	保 険 費 ①	請 求 点	※	決 定 点	負担金額	円	食 事 療 養	保 険 費 ①
	公 費 ②	40,315			40,320			公 費 ②
		点	※	点	40,200			

* 入院時一部負担金額のうち、患者負担額の40,200円を超えた部分が福祉医療の助成の対象となります。

②入院時の一部負担金額が40,200円を超えない場合

市町村 番 号	2	7	3	2				老人医療 の受給者 番 号						
公費負担者 番号①	9	1	3	2				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						

療養の 給付	保 険 費 ①	請 求 点	※	決 定 点	負担金額	円	食 事 療 養	保 険 費 ①
	公 費 ②	40,185			40,190			公 費 ②
		点	※	点	40,190			

* 患者負担額が福祉の限度額40,200円を超えないため、福祉医療が助成する部分はありません。

なお、外来分の取扱いにつきましては、従来と変更ありません。