

島根県福祉医療費・乳幼児等医療費  
請求マニュアル  
＜島根県外医療機関（医科・歯科）用＞

平成 30 年 10 月版

島根県国民健康保険団体連合会

# 目 次

## はじめに

1. 島根県福祉医療費助成事業とは・・・・・・・・・・ 1 頁
2. 島根県乳幼児等医療費助成事業とは・・・・・・・・ 2 頁
3. その他・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2 頁

## I 受診時について

1. 受給資格の確認・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5 頁
2. 一部負担金の徴収・・・・・・・・・・・・・・・・ 5 頁

## II 医療費の請求について

1. 請求を始めるまえに・・・・・・・・・・・・・・・・ 6 頁
2. 請求方法について・・・・・・・・・・・・・・・・ 6 頁
3. 請求支払日程について・・・・・・・・・・・・・・ 7 頁
4. 請求時の注意事項・・・・・・・・・・・・・・・・ 7 頁
- 記載項目説明・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8 頁
- 記載例 福祉医療・・・・・・・・・・・・・・・・ 12 頁
- 乳幼児等医療・・・・・・・・・・・・・・・・ 16 頁
- 電子請求ファイルレイアウト・・・・・・・・・・ 20 頁
- 電子媒体貼付ラベル記載例・・・・・・・・・・ 21 頁

## III 審査結果と支払について

1. 審査結果について・・・・・・・・・・・・・・・・ 22 頁
2. 支払決定について・・・・・・・・・・・・・・・・ 22 頁
3. 過誤調整について・・・・・・・・・・・・・・・・ 22 頁

## 様式集

- 診療報酬等費用の請求及び受領に関する届（県外医療機関等用）・・ 23 頁
- 〃・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 記載例・・ 24 頁
- 福祉医療費請求書（県外医療機関分）・・・・・・・・・・ 25 頁
- 乳幼児等医療費請求書（県外医療機関分）・・・・・・・・ 26 頁
- 福祉・乳幼児等医療費請求総括票（県外医療機関分）・・・・ 27 頁
- 島根県・市町村単独助成事業返戻通知書・・・・・・・・ 28 頁
- 診療報酬等支払通知書・・・・・・・・・・・・・・・・ 29 頁
- 福祉及び乳幼児等医療費請求書取下げ（返戻）依頼書・・・・ 30 頁
- 島根県・市町村単独助成事業過誤結果通知書・・・・・・ 31 頁

本マニュアルの最新版は、島根県国保連のホームページに掲載いたしますので、定期的にご確認ください。

（HPアドレス：<http://www.shimane-kokuho.or.jp>）

## はじめに

### 1. 島根県福祉医療費助成事業とは

福祉医療費助成対象者に対して医療費の自己負担分を助成し、福祉の増進を図る制度です。平成26年10月1日から新たに精神障がい者が対象に追加されるとともに、自己負担限度額が引き下げられました。

#### 【実施主体】

市町村（公費負担者番号等は4頁参照）

#### 【対象者】

助成対象者は次のとおりです。なお、助成対象者には3頁の図1の福祉医療費医療証等が交付されます。医療証等を提示することで、対象者は助成を受けます。

| 対象者      | 要件                                                                       | 所得制限                      |
|----------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| 寝たきり者    | 65歳以上で3か月以上臥床し、他人の介護が必要な者                                                | 20歳以上の場合は、特別障害者手当の所得制限を準用 |
| 重度知的障がい者 | 療育手帳A所持者                                                                 |                           |
| 重度身体障がい者 | 身障手帳1、2級所持者                                                              |                           |
| 重度精神障がい者 | 精神手帳1級所持者                                                                |                           |
| 重複重度障がい者 | ・身障手帳3、4級＋知的障がい（IQ概ね50以下）<br>・精神手帳2級＋身障手帳3、4級<br>・精神手帳2級＋知的障がい（IQ概ね50以下） |                           |
| ひとり親家庭   | 18歳未満又は高校第3学年修了までの児童を養育する配偶者のない者及び当該児童                                   | 所得税非課税世帯                  |

#### 【医療費助成の範囲】

患者が負担すべき一部負担金のうち、医療機関ごとに1月につき総医療費の1割（福祉医療費医療証等に記載のある負担限度額を超える場合はその負担限度額）を控除した額が助成されます。

また、市町村によっては、この助成に上乘せ・拡大をし、更なる患者負担の軽減を行っています。

各市町村の助成内容は4頁の[参考](#)島根県・市町村単独医療費助成事業の自己負担限度額一覧のとおりです。

## 2. 島根県乳幼児等医療費助成事業とは

乳幼児等の疾病の早期発見、早期治療を促進するとともに子育てに伴う保護者の経済的負担の軽減を図り、健全な育成及び安心して子どもを産み育てることができる環境づくりを推進する制度です。

### 【実施主体】

市町村（公費負担者番号等は4頁参照）

### 【対象者】

助成対象者は『出生の日から満6歳に達する日以後の最初の3月31日までにある者』です。

なお、福祉医療費助成事業と同様に、助成対象者には3頁の図2の乳幼児医療費受給資格証等が交付されます。受給資格証等を提示することで、対象者は助成を受けます。

### 【医療費助成の範囲】

福祉医療費と同様に、患者が負担すべき一部負担金のうち、医療機関ごとに1月につき総医療費の1割（乳幼児医療費受給資格証等に記載された負担限度額を超える場合はその負担限度額）を控除した額が助成されます。

また、市町村によっては、この助成に上乘せ・拡大をし、更なる患者負担の軽減を行っています。

各市町村の助成内容は4頁の[参考](#)島根県・市町村医療費単独助成事業の自己負担限度額一覧のとおりです。

## 3. その他

福祉医療費、乳幼児等医療費ともに、他の公費負担制度を優先して適用します。

なお、他公費併用の場合も、福祉医療費及び乳幼児等医療費について医療機関窓口で助成を行うことができます。

平成26年9月診療分までは、一部の公費を除いて償還払いとしなければなりませんでした。が、患者の利便性の向上を図ることを目的に、10月診療分からは更生医療、精神通院医療、肝炎治療等でも併用が可能となりました。

なお、特定疾病療養受療証を提示された場合（特記事項『02長』又は『16長2』に該当する場合）も、他公費と同様に併用が可能です。

【図1】

|              |                                    |
|--------------|------------------------------------|
| (福) 福祉医療費医療証 |                                    |
| 公費負担者番号      | 9 1 3 2 0 0 0 0                    |
| 受給者番号        | 0 0 0 0 0 0 0 /                    |
| 助成対象者        | 住所 島根県〇〇市〇〇町〇〇番地                   |
|              | 氏名 〇〇 〇〇〇 男女                       |
|              | 生年月日 年 月 日                         |
| 負担割合         |                                    |
| 負担限度額        | 入院 入院外<br>円/月 円/月                  |
|              |                                    |
| 有効期間         | 自 平成〇〇年〇〇月〇〇日から<br>至 平成〇〇年〇〇月〇〇日まで |
| 交付年月日        | 平成〇〇年〇〇月〇〇日                        |
| 発行機関名及び印     | 島根県 〇〇市 公印                         |
| 備考           |                                    |

【図2】

|                     |                                    |
|---------------------|------------------------------------|
| (乳) 乳幼児医療費受給資格証     |                                    |
| 公費負担者番号             | 9 0 3 2 0 0 0 0                    |
| 記号番号                | 0 0 0 0 0 0 0 /                    |
| 受給資格者               | 氏名 〇〇 〇〇〇                          |
|                     | 住所 島根県〇〇市〇〇町〇〇番地                   |
|                     | 氏名 〇〇 〇〇〇                          |
| 乳幼児                 | 生年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日                   |
|                     | 住所 島根県〇〇市〇〇町〇〇番地                   |
| 加入保険                | 被保険者氏名 〇〇 〇〇〇                      |
|                     | 記号番号 〇〇-〇〇〇〇                       |
|                     | 保険者名称 保険                           |
| 本人負担                |                                    |
| 支払上限                | 入院 入院外<br>円/月 円/月                  |
|                     |                                    |
| 有効期間                | 自 平成〇〇年〇〇月〇〇日から<br>至 平成〇〇年〇〇月〇〇日まで |
| 平成〇〇年〇〇月〇〇日 〇〇市長 公印 |                                    |

※受給者証は、各市町村で発行しています。様式は市町村ごとに若干異なりますが、概ね上図のとおりです。

## 【参考】

## 福祉医療受給者番号の構成

福祉医療の受給者番号は7桁で構成されており、1桁目と2桁目にはそれぞれの区分に応じた数字が設定されています。詳細は以下のとおりです。

《受給者番号》

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

1桁目

2桁目

| 数 字       | 対象者        |
|-----------|------------|
| 1         | 寝たきり者      |
| 2         | 重度知的障がい者   |
| 3         | 重度身体障がい者   |
| 4         | 重複身体障がい者   |
| 5         | ひとり親家庭     |
| 6         | 後期高齢者医療対象者 |
| 0         | 重度精神障がい者   |
| 上記以外（7～9） | 市町村拡大分     |

| 数 字 | 所得区分等        |
|-----|--------------|
| 6   | 一般           |
| 7   | 市町村民税世帯非課税者  |
| 8   | 20歳未満の障がい児・者 |

# 島根県・市町村単独医療費助成事業の自己負担限度額一覧 (平成30年10月診療分～)

## < 島根県 >

| 島根県 | 乳幼児医療<br>(0歳から就学前) |        | 福祉医療        |            |
|-----|--------------------|--------|-------------|------------|
|     | 入院                 | 外来     | 入院          | 外来         |
|     | 2,000円             | 1,000円 | (一) 20,000円 | (一) 6,000円 |
|     |                    |        | (非) 2,000円  | (非) 1,000円 |
|     |                    |        | (障) 2,000円  | (障) 1,000円 |

※ (一)・・・一般 (受給者番号の2桁目が『6』)

(非)・・・市町村民税世帯非課税者 (受給者番号の2桁目が『7』)

(障)・・・20歳未満の障がい児・者 (受給者番号の2桁目が『8』)

## < 市町村 >

| No. | 公費負担者番号<br>(上段：福祉)<br>(下段：乳幼児等) | 市町村名  | 乳幼児医療   | こども医療（乳幼児医療拡大分）           |                           | 福祉医療 |    |
|-----|---------------------------------|-------|---------|---------------------------|---------------------------|------|----|
|     |                                 |       | 入院・外来共通 | 入院                        | 外来                        | 入院   | 外来 |
| 1   | 91320010<br>90320011            | 松江市   | 無料      | 無料（小学1年～6年生）              |                           |      |    |
| 2   | 91320028<br>90320029            | 浜田市   | 無料      | 2,000円<br>（小学1年～中学3年生）    | 1,000円<br>（小学1年～中学3年生）    |      |    |
| 3   | 91320036<br>90320037            | 出雲市   | 無料      |                           |                           |      |    |
| 4   | 91320044<br>90320045            | 益田市   | 県制度に準じる | 2,000円 ※1<br>（小学1年～6年生）   | 1,000円 ※1<br>（小学1年～6年生）   |      |    |
| 5   | 91320051<br>90320052            | 大田市   | 無料      | 無料（小学1年～中学3年生）            |                           |      |    |
| 6   | 91320069<br>90320060            | 安来市   | 無料      | 無料（小学1年～中学3年生）            |                           |      |    |
| 7   | 91320077<br>90320078            | 江津市   | 無料      |                           |                           |      |    |
| 8   | 91320093<br>90320094            | 雲南市   | 無料      | 無料（小学1年～中学3年生）            |                           |      |    |
| 9   | 91320788<br>90320789            | 川本町   | 無料      | 無料（小学1年～中学3年生）            |                           |      |    |
| 10  | 91320911<br>90320912            | 津和野町  | 無料      | 無料（小学1年～中学3年生）            |                           |      |    |
| 11  | 91320994<br>90320995            | 海士町   | 県制度に準じる | 2,000円 ※1<br>（小学1年～中学3年生） | 1,000円 ※1<br>（小学1年～中学3年生） |      |    |
| 12  | 91321000<br>90321001            | 西ノ島町  | 無料      | 無料（小学1年～中学3年生）            |                           |      |    |
| 13  | 91321018<br>90321019            | 知夫村   | 無料      | 無料（小学1年～高校3年生）            |                           |      |    |
| 14  | 91321026<br>90321027            | 奥出雲町  | 無料      | 無料（小学1年～中学3年生）            |                           |      |    |
| 15  | 91321034<br>90321035            | 飯南町   | 無料      | 無料（小学1年～中学3年生）            |                           |      |    |
| 16  | 91321042<br>90321043            | 美郷町   | 無料      | 無料（小学1年～中学3年生）            |                           |      |    |
| 17  | 91321059<br>90321050            | 邑南町   | 無料      | 無料（小学1年～中学3年生）            |                           |      |    |
| 18  | 91321067<br>90321068            | 吉賀町   | 無料      | 無料（小学1年～高校3年生）            |                           |      |    |
| 19  | 91321075<br>90321076            | 隠岐の島町 | 県制度に準じる | 2,000円 ※1<br>（小学1年～中学3年生） | 1,000円 ※1<br>（小学1年～中学3年生） |      |    |

※1 益田市、海士町及び隠岐の島町のこども医療は、総医療費の1割を自己負担割合とし、上限まで徴収する

※2 網掛部分は前回からの変更点

島根県・市町村単独医療費助成事業の自己負担限度額は変更される場合があります。最新の情報を島根県国保連のホームページに掲載いたしますので、定期的にご確認ください。(HPアドレス：<http://www.shimane-kokuho.or.jp>)

## I 受診時について

### 1・受給資格の確認

#### (1) 福祉医療費医療証等、乳幼児医療費受給資格証等の有無の確認

受診された方が、島根県内の市町村が発行した福祉医療費医療証等又は乳幼児医療費受給資格証等を持参しているか確認してください。

なお、持参されていない場合は、助成は行わず、医療保険の一部負担金を徴収してください。

#### (2) 限度額適用認定証等の確認

高額療養費が現物給付される場合は、保険一部負担金額の記載が必要です。以下の条件に従い、受診された方の認定証等を確認してください。

| 受診者                         | 確認する認定証等     |
|-----------------------------|--------------|
| 70 歳未満の方<br>70 歳以上の非課税世帯等の方 | 限度額適用認定証等    |
| 70 歳以上 75 歳未満で、非課税世帯等ではない方  | 高齢受給者証       |
| 75 歳以上で、非課税世帯等ではない方         | 後期高齢者医療被保険者証 |

#### (3) その他公費の受給者証、特定疾病療養受療証の有無の確認

福祉医療費・乳幼児等医療費よりも他の公費を優先して適用することが原則とされているため、受診された方の、他の公費の受給資格の有無又は特定疾病療養受療証の有無等を確認してください。

### 2. 一部負担金の徴収

福祉医療費・乳幼児等医療費ともに1月につき総医療費の1割（福祉医療費医療証等及び乳幼児医療費受給資格証等に記載された負担限度額を超える場合はその限度額）を一部負担金として徴収します。

なお、助成上乘せ・拡大を行っている市町村については、負担限度額が異なる場合や、負担がない場合もありますので、福祉医療費医療証等及び乳幼児医療費受給資格証等に記載された内容に従って、一部負担金を徴収してください。

## Ⅱ 医療費の請求について

島根県の福祉医療費と乳幼児等医療費は島根県国民健康保険団体連合会（以下、島根県国保連）に請求してください。

### 請 求・問い合わせ先

〒690-0825

島根県松江市学園一丁目7番14号

島根県国民健康保険団体連合会 審査課

T E L : 0852-21-2114、2107

F A X : 0852-21-3550

E-mail : [sinsa@shimane-kokuho.or.jp](mailto:sinsa@shimane-kokuho.or.jp)

HPアドレス : <http://www.shimane-kokuho.or.jp>

### 1. 請求を始めるまえに

福祉医療費及び乳幼児等医療費を振込む口座を登録します。『診療報酬等費用の請求及び受領に関する届（県外医療機関等用）』（23頁）を送付しますので、記載例（24頁）を参考に記入し、返送（郵送）してください。

### 2. 請求方法について

請求は、紙媒体（連記様式の請求書）又は電子媒体とし、両媒体とも『福祉・乳幼児等医療費請求総括票（県外医療機関分）』（27頁）を添付して提出ください。

国保、社保、後期高齢者医療分ともすべて島根県国保連に請求してください。

なお、一枚の請求書に国保、社保、後期高齢者医療分が混在してもかまいません。

#### （1）紙媒体での請求

連記様式の請求書（福祉：25頁、乳幼児等：26頁）を手書き、又はエクセルシート（島根県国保連のホームページからダウンロードが可能）に入力後、印刷し請求ください。

記載項目については、記載項目内容（8頁～11頁）、記載例（12頁～19頁）を参照ください。

また、請求総括票の紙媒体分欄に件数をご記入のうえ、連記様式の請求書と併せて提出ください。

## (2) 電子媒体（FD、MO、CD-R）での請求

電子請求ファイルレイアウト（20頁）に基づき、請求データを作成後、電子媒体にデータを格納のうえ請求ください。

なお、島根県国保連が提供する簡易入力システムでも請求データの作成が可能です。ソフトとマニュアルが入ったCD-Rを無料送付いたします。また、ソフト及びマニュアルは島根県国保連のホームページからもダウンロードが可能です。

おって、電子媒体で請求する場合は、事前テストが可能です。希望される場合はご連絡ください。

電子媒体には記載例（21頁）を参照し、医療機関コード等を記載し、請求総括票の電子媒体分欄をご記入のうえ、提出ください。

## 3. 請求支払日程について

島根県国保連へ請求書を提出する期限      毎月10日

島根県国保連からの振込日                      請求翌月20日  
（金融機関休業日の場合は、翌営業日）

## 4. 請求時の注意事項

(1) レセプトには、島根県の福祉医療費及び乳幼児等医療費の請求内容の記載は不要  
レセプトは、従来どおり保険請求のみ記載し、自県の国保連合会へご提出ください。

(2) 福祉医療費及び乳幼児等医療費が発生しない場合は、請求は不要

例えば、後期高齢者医療被保険者で、一般所得（保険給付割合9割）、福祉医療費の一部負担金限度額が6,000円の場合、窓口徴収額が6,000円以下であれば福祉医療費が発生しないため請求は不要です。

(3) 請求内容に不備があった場合は、島根県国保連からあらかじめ医療機関へ連絡

なお、請求方法についてご不明な点等ございましたら、前頁の問い合わせ先までご連絡ください。

# ○記載項目説明

※福祉、乳幼児欄 ○：必須項目、△：該当の場合のみ記載  
※網掛け部分は前回からの変更点

| 項番 | 福祉 | 乳幼児 | 項 目 名                     | 記 載 内 容                                                                                                                     |
|----|----|-----|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①  | ○  | ○   | 請求年月                      | 請求する年月                                                                                                                      |
| ②  | ○  | ○   | 福祉医療/乳幼児等医療負担者番号          | 福祉医療費又は乳幼児等医療費の負担者番号                                                                                                        |
| ③  | ○  | ○   | 福祉医療/乳幼児等医療負担者名           | 福祉医療費又は乳幼児等医療費の負担者（市町村）名                                                                                                    |
| ④  | ○  | ○   | 医療機関コード                   | 医療機関コード（数字10桁）<br><br>【10桁の構成】<br>3 1 1 9 9 9 9 9 9<br>① ② ③<br><br>①都道府県番号 鳥取県：31 広島県：34 山口県：35<br>②点数表区分 医科：1<br>③医療機関コード |
| ⑤  | ○  | ○   | 請求年月日                     | 請求する年月日                                                                                                                     |
| ⑥  | ○  | ○   | 保険医療機関の所在地及び名称・開設者氏名・電話番号 | 保険医療機関の所在地、名称、開設者氏名及び電話番号                                                                                                   |
| ⑦  | ○  | ○   | 件数                        | 連記部分に記載した、入院分（本家入外欄が1、3、5、7、9の請求）の件数の合計<br>下段は入院外分（本家入外欄が2、4、6、8、0の請求）の件数の合計                                                |
| ⑧  | ○  | ○   | 日数                        | 連記部分に記載した、入院分（本家入外欄が1、3、5、7、9の請求）の日数（項番②⑥）の合計<br>下段は入院外分（本家入外欄が2、4、6、8、0の請求）の日数（項番②⑥）の合計                                    |
| ⑨  | ○  | ○   | 点数                        | 連記部分に記載した、入院分（本家入外欄が1、3、5、7、9の請求）の保険点数（項番②⑦）の合計<br>下段は入院外分（本家入外欄が2、4、6、8、0の請求）の保険点数（項番②⑦）の合計                                |
| ⑩  | △  | △   | 一部負担金額                    | 連記部分に記載した、入院分（本家入外欄が1、3、5、7、9の請求）の一部負担金額（項番③⑩）の合計<br>下段は入院外分（本家入外欄が2、4、6、8、0の請求）の一部負担金額（項番③⑩）の合計                            |
| ⑪  | △  | △   | 02長件数                     | 連記部分に記載した、入院分（本家入外欄が1、3、5、7、9の請求）の特記事項（項番②⑤）に02と記載した請求の件数の合計<br>下段は入院外分（本家入外欄が2、4、6、8、0の請求）の特記事項（項番②⑤）に02と記載した請求の件数の合計      |
| ⑫  | ○  | ○   | 公費再掲件数                    | 連記部分に記載した、福祉医療費又は乳幼児等医療費の請求件数<br>公費併用時は、下段に公費法別番号及び請求件数                                                                     |
| ⑬  | ○  | ○   | 公費再掲点数                    | 連記部分に記載した、福祉医療費又は乳幼児等医療費の請求点数の合計<br>公費併用時は、下段に公費請求点数の合計                                                                     |
| ⑭  | ○  | ○   | 公費再掲一部負担金額                | 連記部分に記載した、福祉医療又は乳幼児等医療の控除額（項番③②）の合計<br>公費併用時は、下段に連記部分に記載した、公費①一部負担金額（項番③①）の合計                                               |
| ⑮  | ○  | ○   | 福祉医療/乳幼児等医療受給者番号          | 福祉医療費又は乳幼児等医療費の受給者番号（数字7桁）                                                                                                  |
| ⑯  | ○  | ○   | 福祉医療/乳幼児等医療対象者氏名          | 福祉医療費又は乳幼児等医療費の受給対象者氏名                                                                                                      |

| 項番 | 福祉 | 乳幼児 | 項 目 名            | 記 載 内 容                                                                                                                                                                     |
|----|----|-----|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ⑰  | ○  | ○   | 保険者番号            | 対象者が加入している保険の保険者番号                                                                                                                                                          |
| ⑱  | ○  | ○   | 被保険者証記号番号        | 対象者が加入している保険の被保険者（証記号）番号                                                                                                                                                    |
| ⑲  | △  | △   | 公費負担者番号①         | 公費併用時、公費負担者番号（数字8桁）                                                                                                                                                         |
| ⑳  | △  | △   | 公費受給者番号①         | 公費併用時、公費受給者番号（数字7桁）                                                                                                                                                         |
| ㉑  | ○  | ○   | 診療年月             | 診療年月（数字4桁） 例）平成26年10月⇒2610                                                                                                                                                  |
| ㉒  | ○  | ○   | 本家入外             | 本家入外区分（1から0までの数字1桁）<br>1：本人入院 2：本人外来 3：未就学者入院 4：未就学者外来 5：家族入院<br>6：家族外来 7：高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者入院<br>8：高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者外来 9：高齢受給者・後期高齢者医療7割給付入院<br>0：高齢受給者・後期高齢者医療7割給付外来 |
| ㉓  | ○  | ○   | 生年月日             | 生年月日 例）昭和34年5月6日⇒S34. 5. 6                                                                                                                                                  |
| ㉔  | ○  | ○   | 給付割合             | 保険給付割合（数字1桁）<br>※本家入外区分と一致した給付割合<br>給付割合7：本家入外1、2、5、6、9、0<br>給付割合8：本家入外3、4、7、8（7、8は高齢受給者の場合）<br>給付割合9：本家入外7、8（後期高齢者医療の場合）                                                   |
| ㉕  | △  | △   | 特記事項             | 特記事項（02：長、16：長2、17：上位、18：一般、19：低所、26：区ア、27：区イ、28：区ウ、29：区エ、30：区オ 等）                                                                                                          |
| ㉖  | ○  | ○   | 日数               | 診療実日数                                                                                                                                                                       |
| ㉗  | ○  | ○   | 保険点数             | 保険点数                                                                                                                                                                        |
| ㉘  | △  | △   | 公費①点数            | 公費併用時の公費①の請求点数 ※保険点数（項番㉗）と同点数の場合は省略可                                                                                                                                        |
| ㉙  | △  | △   | 公費併用時福祉/乳幼児等医療点数 | 公費併用時の福祉又は乳幼児等請求点数（保険点数（項番㉗）－公費①点数（項番㉘））<br>※保険点数（項番㉗）と同点数の場合は省略可                                                                                                           |
| ㉚  | △  | △   | 一部負担金額           | 保険一部負担金額                                                                                                                                                                    |
| ㉛  | △  | △   | 公費①一部負担金額        | 公費併用時の公費①に係る一部負担金額                                                                                                                                                          |
| ㉜  | △  | △   | 控除額              | 福祉医療費又は乳幼児等医療費の一部負担金額（窓口徴収額）<br>※平成26年9月診療分までは県制度分の負担限度額に従った一部負担金額を記載していましたが、平成26年10月診療分以降は、県制度ではなく実際の窓口徴収額を記載してください。                                                       |

[illegible]



## 福祉医療記載例

福

平成 ○○ 年 ○ 月分

福祉医療費請求書（県外医療機関分）

福祉医療負担者番号

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 9 | 1 | 3 | 2 | ○ | ○ | ○ | ○ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

福祉医療負担者名

●●市

様

医療機関コード

[illegible]

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

| 区 分              |    | 件 数 | 日 数 | 点 数      | 一部負担金額  | 02長<br>件数 |
|------------------|----|-----|-----|----------|---------|-----------|
| 入 院①             |    | 1   | 10  | 8, 000   |         |           |
| 入院外②             |    | 8   | 49  | 109, 410 | 49, 870 | 1         |
| 公<br>費<br>再<br>掲 | 91 | 9   |     | 70, 210  | 15, 000 |           |
|                  | 51 | 1   |     | 3, 000   | 2, 250  |           |
|                  | 21 | 1   |     | 3, 500   | 2, 500  |           |
|                  | 15 | 1   |     | 40, 700  | 5, 000  |           |

保険医療機関の  
所在地及び名称  
開設者氏名  
電話番号

●●医院  
●●県●●市●●町○○  
●● ●●  
○○-○○○○○-○○○○○

印

「本家入外」欄

1・・・本人入院 2・・・本人外来 3・・・未就学者入院 4・・・未就学者外来 5・・・家族入院 6・・・家族外来  
7・・・高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者入院 8・・・高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者外来  
9・・・高齢受給者・後期高齢者医療7割給付入院 0・・・高齢受給者・後期高齢者医療7割給付外来

12

[illegible]

## 記載例の解説

**ポイント** 控除額欄には、総医療費の一割相当額と福祉医療負担限度額を比較し、金額が少ない方を記載

- ・総医療費の一割相当額 > 福祉医療負担限度額 ⇒ 福祉医療負担限度額を記載
- ・総医療費の一割相当額 < 福祉医療負担限度額 ⇒ 総医療費の一割相当額を記載

※福祉医療負担限度額は4頁の【参考】島根県・市町村医療費単独助成事業の自己負担限度額一覧を参照してください。

！重要！

平成26年10月診療分(11月請求分)から、県制度ではなく実際の窓口徴収額を記載してください。

**ポイント** 福祉医療費が発生しない場合は、請求は不要

福祉医療費が発生しない場合は、福祉医療費請求書による請求は不要です。

### ○高額療養費現物給付なし

#### 事例1 外来・70歳未満・保険福祉併用・現物給付なし

保険種別：国民健康保険 本家入外：本人外来（給付割合：7割） 所得区分：一般 保険点数：1,000点 福祉医療負担限度額：6,000円

（一部負担金額欄）高額療養費の現物給付が行われないため、記載しない

（控除額欄）1,000点×10円×1割 < 6,000円 ⇒ 1,000円を記載

#### 事例2 入院・70歳未満・保険福祉併用・現物給付なし

保険種別：社会保険 本家入外：家族入院（給付割合：7割） 所得区分：低所得 保険点数：8,000点 福祉医療負担限度額：2,000円

（一部負担金額欄）高額療養費の現物給付が行われないため、記載しない

（控除額欄）8,000点×10円×1割 > 2,000円 ⇒ 2,000円を記載

#### 事例3 外来・後期高齢者医療・保険福祉併用・現物給付なし

保険種別：後期高齢者医療 本家入外：後期高齢者医療外来（給付割合：9割） 所得区分：低所得 保険点数：4,300点 福祉医療負担限度額：1,000円

（一部負担金額欄）高額療養費の現物給付が行われないため、記載しない

（控除額欄）4,300点×10円×1割 > 1,000円 ⇒ 1,000円を記載

### ○福祉医療費給付なし

#### 事例4 外来・後期高齢者医療・福祉給付なし・現物給付なし

保険種別：後期高齢者医療 本家入外：後期高齢者医療外来（給付割合：9割） 所得区分：一般 保険点数：532点 福祉医療負担限度額：6,000円

福祉医療費が発生しないため請求不要

ポイント 高額療養費が現物給付される場合は一部負担金額欄を記載

一部負担金額は、レセプトと同様に『診療報酬請求書等の記載要領等について』を参考に記載してください。

○高額療養費現物給付あり

事例5 外来・70歳未満・保険福祉併用・現物給付あり

保険種別：社会保険

本家入外：本人外来（給付割合：7割）

所得区分：低所得

保険点数：41,980点

高額療養費負担限度額：35,400円

福祉医療負担限度額：2,000円



（一部負担金額欄） $41,980 \text{点} \times 10 \text{円} \times 3 \text{割} > 35,400 \text{円} \Rightarrow \underline{35,400 \text{円を記載}}$

（控除額欄） $41,980 \text{点} \times 10 \text{円} \times 1 \text{割} > 2,000 \text{円} \Rightarrow \underline{2,000 \text{円を記載}}$

○平成26年4月1日までに70歳の誕生日を迎えた方（窓口負担1割）

事例6 外来・70歳以上・保険福祉併用・現物給付あり

保険種別：国民健康保険

本家入外：高齢受給者外来（給付割合：8割）

所得区分：低所得Ⅰ

保険点数：6,465点

高額療養費負担限度額：8,000円

福祉医療負担限度額：1,000円



（一部負担金額欄） $6,465 \text{点} \times 10 \text{円} \times 2 \text{割} > 8,000 \text{円} \Rightarrow \text{高額療養費現物給付のため医療費の一割相当額 } \underline{6,470 \text{円を記載}}$

（控除額欄） $6,465 \text{点} \times 10 \text{円} \times 1 \text{割} > 1,000 \text{円} \Rightarrow \underline{1,000 \text{円を記載}}$

○平成26年4月2日以降に70歳の誕生日を迎えた方（窓口負担2割）

事例7 外来・70歳以上・保険福祉併用・現物給付あり

保険種別：国民健康保険

本家入外：高齢受給者外来（給付割合：8割）

所得区分：低所得Ⅰ

保険点数：6,465点

高額療養費負担限度額：8,000円

福祉医療負担限度額：1,000円



（一部負担金額欄） $6,465 \text{点} \times 10 \text{円} \times 2 \text{割} > 8,000 \text{円} \Rightarrow \underline{8,000 \text{円を記載}}$

（控除額欄） $6,465 \text{点} \times 10 \text{円} \times 1 \text{割} > 1,000 \text{円} \Rightarrow \underline{1,000 \text{円を記載}}$

## ポイント④ 公費併用時、公費対象点数が保険点数と異なる場合は、それぞれの点数等を記載

公費併用時、公費対象点数が保険点数と異なる場合は、公費①点数を記載し、福祉点数は（保険点数）－（公費①）点数を記載

### ○難病医療併用あり

#### 事例8 外来・70歳未満・公費併用（3併）・現物給付なし

保険種別：国民健康保険

本家入外：家族外来（給付割合：7割）

所得区分：標準報酬月額28万～50万円

保険点数：6,000点

公費①点数：4,000点

公費①一部負担限度額：5,000円

福祉医療負担限度額：6,000円



（公費①点数）4,000点を記載

（一部負担金額欄）高額療養費の現物給付が行われないため、記載しない

（控除額欄）6,000点×10円×1割 ＝ 6,000円 ⇒ 6,000円を記載

（公費併用時福祉点数）6,000点－4,000点＝2,000点 ⇒ 2,000点を記載

（公費①一部負担金額欄）5,000円を記載

### ○自立支援医療併用あり

#### 事例9 外来・70歳未満・公費併用（3併）・現物給付なし

保険種別：国民健康保険

本家入外：本人外来（給付割合：7割）

所得区分：低所得

保険点数：3,500点

公費①点数：3,500点

公費①一部負担限度額：2,500円

福祉医療負担限度額：1,000円



（公費①点数）3,500点を記載

（一部負担金額欄）高額療養費の現物給付が行われないため、記載しない

（控除額欄）3,500点×10円×1割 > 1,000円 ⇒ 1,000円を記載

（公費併用時福祉点数）保険点数と公費①点数が同点数のため記載しない

（公費①一部負担金額欄）2,500円を記載

### ○更生医療・特定疾病療養併用あり

#### 事例10 外来・70歳未満・公費併用（3併）・現物給付あり

保険種別：国民健康保険

本家入外：本人外来（給付割合：7割）

所得区分：低所得

保険点数：40,700点

特定疾病療養（02長）限度額：10,000円

公費①点数：40,700点

公費①一部負担限度額：5,000円

福祉医療負担限度額：1,000円



（公費①点数）40,700点を記載

（一部負担金額欄）高額療養費の現物給付が行われるが、高齢受給者以外で限度額適用認定症等の提示がないため記載しない

（控除額欄）40,700点×10円×1割 < 1,000円 ⇒ 1,000円を記載

（公費併用時福祉点数）保険点数と公費①点数が同点数のため記載しない

（公費①一部負担金額欄）5,000円を記載

[illegible]

## 記載例の解説

**ポイント⑤ 未就学者の控除額欄には、総医療費の一割相当額と乳幼児等医療負担限度額を比較し、金額が少ない方を記載**

- ・総医療費の一割相当額 > 乳幼児等医療負担限度額 ⇒ 乳幼児等医療負担限度額を記載
- ・総医療費の一割相当額 < 乳幼児等医療負担限度額 ⇒ 総医療費の一割相当額を記載

※乳幼児等医療負担限度額は4頁の【参考】島根県・市町村医療費単独助成事業の自己負担限度額一覧を参照してください。

**！重要！**

平成26年10月診療分(11月請求分)から、県制度ではなく実際の窓口徴収額を記載してください。

**ポイント⑥ 患者負担がない場合は、控除額欄は記載しない**

患者負担がない場合の控除額欄は、「0」ではなく空欄としてください。

○高額療養費現物給付なし

### 事例1 外来・未就学者・保険乳幼児等併用・現物給付なし

保険種別：国民健康保険      本家入外：未就学者外来（給付割合：8割）      所得区分：一般      保険点数：800点      乳幼児等医療負担限度額：1,000円



（一部負担金額欄）高額療養費の現物給付が行われないため、記載しない

（控除額欄） $800\text{点} \times 10\text{円} \times 1\text{割} < 1,000\text{円} \Rightarrow$  800円を記載

### 事例2 外来・未就学者・保険乳幼児等併用・現物給付なし

保険種別：社会保険      本家入外：未就学者外来（給付割合8割）      所得区分：一般      保険点数：800点      乳幼児等医療負担限度額：無料



（一部負担金額欄）高額療養費の現物給付が行われないため、記載しない

市町村制度により患者負担なし ⇒ 控除額欄は記載しない

### 事例3 外来・就学者・保険乳幼児等併用・現物給付なし

保険種別：国民健康保険      本家入外：家族外来（給付割合：7割）      所得区分：一般      保険点数：3,500点      乳幼児等医療負担限度額：無料



（一部負担金額欄）高額療養費の現物給付が行われないため、記載しない

市町村制度により患者負担なし ⇒ 控除額欄は記載しない

○浜田市の乳幼児等医療（就学後） ※3割の一部負担金額のうち限度額を超過した額を助成

**事例4** 外来・就学者・保険乳幼児等併用・現物給付なし

保険種別：浜田市国民健康保険 本家入外：家族外来（給付割合：7割）

所得区分：一般

保険点数：335点

乳幼児等医療負担限度額：1,000円



（一部負担金額欄）高額療養費の現物給付が行われないため、記載しない

（控除額欄） $335点 \times 10円 \times 3割 > 1,000円 \Rightarrow$  1,000円を記載

○益田市の乳幼児等医療（就学後） ※総医療費の1割（負担限度額を超える場合は負担限度額）を控除した額を助成

**事例5** 外来・就学者・保険乳幼児等併用・現物給付なし

保険種別：益田市国民健康保険 本家入外：家族外来（給付割合：7割）

所得区分：一般

保険点数：335点

乳幼児等医療負担限度額：1,000円



（一部負担金額欄）高額療養費の現物給付が行われないため、記載しない

（控除額欄） $335点 \times 10円 \times 1割 < 1,000円 \Rightarrow$  340円を記載

**ポイント** 高額療養費が現物給付される場合は一部負担金額欄を記載

一部負担金額は、レセプトと同様に『診療報酬請求書等の記載要領等について』を参考に記載してください。

○高額療養費現物給付あり

**事例6** 外来・未就学者・保険乳幼児等併用・現物給付あり

保険種別：国民健康保険

本家入外：未就学者外来（給付割合：8割）

所得区分：標準報酬月額28万～50万円

保険点数：42,898点

高額療養費負担限度額：80,100円＋（医療費－267,000円）×1%

乳幼児等医療負担限度額：1,000円



（一部負担金額欄） $80,100円 + (42,898点 \times 10円 - 267,000円) \times 1\% = 81,720 \Rightarrow$  81,720円を記載

（控除額欄） $42,898点 \times 10円 \times 1割 > 1,000円 \Rightarrow$  1,000円を記載

**事例7** 入院・就学者・保険乳幼児等併用・現物給付あり

保険種別：社会保険

本家入外：家族入院（給付割合：7割）

所得区分：低所得

保険点数：56,532点

高額療養費負担限度額：35,400円

乳幼児等医療負担限度額：無料



（一部負担金額欄） $56,532点 \times 10円 \times 3割 > 35,400円 \Rightarrow$  35,400円を記載

市町村制度により患者負担なし  $\Rightarrow$  控除額欄は記載しない

## ポイント⑤ 公費併用時、公費対象点数が保険点数と異なる場合は、それぞれの点数等を記載

公費併用時、公費対象点数が保険点数と異なる場合は、公費①点数を記載し、乳幼児等点数は（保険点数）－（公費①）点数を記載

### ○公費併用あり

#### 事例8 外来・未就学者・公費併用（3併）・現物給付なし

保険種別：国民健康保険  
公費①点数：8,000点

本家入外：未就学者外来（給付割合：8割）  
公費①一部負担限度額：1,700円

所得区分：標準報酬月額28万～50万円  
乳幼児等医療負担限度額：1,000円

保険点数：8,000点



（公費①点数）保険点数と同点のため、**記載省略**  
（公費併用時乳幼児等点数）保険点数と同点のため、**記載省略**  
（一部負担金額欄）高額療養費の現物給付が行われないため、**記載しない**

（公費①一部負担金額欄）**1,700円を記載**  
（控除額欄）8,000点×10円×1割 > 1,000円 ⇒ **1,000円を記載**

#### 事例9 外来・未就学者・公費併用（3併）・現物給付なし

保険種別：国民健康保険  
公費①点数：3,000点

本家入外：未就学者外来（給付割合：8割）  
公費①一部負担限度額：1,700円

所得区分：標準報酬月額28万～50万円  
乳幼児等医療負担限度額：1,000円

保険点数：8,000点



（公費①点数）**3,000点を記載**  
（公費併用時乳幼児等点数）8,000点－3,000点＝5,000点 ⇒ **5,000点を記載**  
（一部負担金額欄）高額療養費の現物給付が行われないため、**記載しない**

（公費①一部負担金額欄）**1,700円を記載**  
（控除額欄）8,000点×10円×1割 > 1,000円 ⇒ **1,000円を記載**

## ポイント⑥ 福祉医療併用時は、乳幼児等医療費請求書で請求

福祉・乳幼児等（就学後）医療併用時は、福祉医療を公費①とし、乳幼児等医療費請求書で請求してください。  
※ただし、松江市のこども医療と福祉医療併用者の場合は、福祉医療費は請求せず、こども医療のみ請求すること。

### ○福祉と乳幼児等（就学後）の併用

#### 事例10 外来・就学者・福祉乳幼児等併用・現物給付なし

保険種別：国民健康保険  
公費①点数：10,000点

本家入外：家族外来（給付割合7割）  
福祉医療負担限度額：1,000円

所得区分：低所得  
乳幼児等医療負担限度額：無料

保険点数：10,000点



（公費①点数）保険点数と同点のため、**記載しない**  
（公費①一部負担金額）10,000点×10円×1割 > 1,000円  
⇒ **1,000円を記載**

（公費併用時乳幼児等点数欄）保険点数と公費①点数が同点のため**記載省略**  
市町村制度により患者負担なし ⇒ **控除額欄は記載しない**

### ○松江市の福祉乳幼児等（就学後）（こども医療）の併用

#### 事例11 外来・就学者・松江市福祉乳幼児等併用・現物給付なし

保険種別：松江市国民健康保険  
公費①点数：10,000点

本家入外：家族外来（給付割合7割）  
福祉医療負担限度額：1,000円

所得区分：低所得  
乳幼児等医療負担限度額：無料

保険点数：10,000点



（公費負担者番号①、公費受給者番号①、公費①点数、公費①一部負担金額）福祉医療費を請求しないため、**記載不要**  
市町村制度により患者負担なし ⇒ **控除額欄は記載しない**

福祉医療費及び乳幼児等医療費電子請求ファイルレイアウト

| No. | 項 目                    | バイト数   | 乳幼児等医療        | 福祉医療          | 福祉医療<br>(後期高齢) | 説 明                                                                                                |
|-----|------------------------|--------|---------------|---------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1   | 医療機関コード                | 固定 10  | ○             | ○             | ○              | 自機関の10桁コード                                                                                         |
| 2   | 旧総合病院 診療科              | 固定 2   | △             | △             | △              | 旧総合病院の診療科（平成22年3月診療分以前に限る）（該当しない場合は未設定にする）                                                         |
| 3   | 福祉医療／乳幼児等医療 負担者番号      | 固定 8   | ○             | ○             | ○              | 福祉医療、及び乳幼児等医療の負担者番号                                                                                |
| 4   | 福祉医療／乳幼児等医療 受給者番号      | 最大 7   | ○             | ○             | ○              | 福祉医療、及び乳幼児等医療の受給者番号                                                                                |
| 5   | 氏名                     | 最大 100 | ○             | ○             | ○              | 漢字氏名、又はカナ氏名（全角のみ）                                                                                  |
| 6   | 保険者番号                  | 最大 8   | ○             | ○             | ○              | 国民健康保険、社会保険、後期高齢者医療の保険者番号                                                                          |
| 7   | 被保険者証記号番号              | 最大 40  | ○             | ○             | ○              | 全角のみ                                                                                               |
| 8   | 被保険者証番号                | 最大 40  | ○             | ○             | ○              | 全角のみ                                                                                               |
| 9   | 公費①負担者番号               | 固定 8   | △             | △             | △              | 公費併用時、その公費負担者番号を編集                                                                                 |
| 10  | 公費①受給者番号               | 最大 7   | △             | △             | △              | 公費併用時、その公費受給者番号を編集                                                                                 |
| 11  | 公費②負担者番号               | 固定 8   | △             | △             | △              | 公費併用時、その公費負担者番号を編集                                                                                 |
| 12  | 公費②受給者番号               | 最大 7   | △             | △             | △              | 公費併用時、その公費受給者番号を編集                                                                                 |
| 13  | 診療年月                   | 固定 5   | ○             | ○             | ○              | 和暦年月（4yyymm／4=平成）                                                                                  |
| 14  | 保険制度                   | 1      | ○<br>(1 or 4) | ○<br>(1 or 4) | ○<br>(3)       | 1=国保一般／社保、4=国保退職、3=後期高齢 のいずれか                                                                      |
| 15  | 本人家族入外                 | 1      | ○<br>(3 ～ 6)  | ○<br>(1 ～ 0)  | ○<br>(7 ～ 0)   | 1=入院、3=未就学児入院、5=家族入院、7=高齢者(一般)入院、9=高齢者(一定以上)入院、□<br>2=外来、4=未就学児外来、6=家族外来、8=高齢者(一般)外来、0=高齢者(一定以上)外来 |
| 16  | 性別                     | 1      | ○             | ○             | ○              | 1=男、2=女                                                                                            |
| 17  | 生年月日                   | 固定 7   | ○             | ○             | ○              | 和暦年月日（gyymmdd／1=明治、2=大正、3=昭和、4=平成）                                                                 |
| 18  | 給付割合                   | 固定 2   | ○             | ○             | ○              | 保険者負担割合を％で編集（70, 80, 90）                                                                           |
| 19  | 特記事項                   | 固定 2   | △             | △             | △              | 02=長、16=長 2、17=上位、18=一般、19=低所、26=区ア、27=区イ、28=区ウ、29=区エ、30=区オ 等                                      |
| 20  | 在宅総合診療料                | 1      | △             | △             | ／              | 1=「在宅時医学総合管理料」「在宅末期医療総合診療料」を算定した場合<br>（平成24年3月診療分以前に限る）（該当しない場合は未設定にする）                            |
| 21  | 診療日数                   | 最大 2   | ○             | ○             | ○              | 診療実日数                                                                                              |
| 22  | 保険点数                   | 最大 7   | ○             | ○             | ○              |                                                                                                    |
| 23  | 公費①点数                  | 最大 7   | △             | △             | △              | 公費併用時、その公費点数を編集（保険点数と同点の場合は省略可）                                                                    |
| 24  | 公費②点数                  | 最大 7   | △             | △             | △              | 公費併用時、その公費点数を編集（保険点数と同点の場合は省略可）                                                                    |
| 25  | 福祉医療／乳幼児等医療 点数         | 最大 7   | △             | △             | △              | 福祉医療、及び乳幼児等医療に係る点数（保険点数と同点の場合は省略可）                                                                 |
| 26  | （公費負担医療に係る一部負担金額）      | 最大 6   | △             | △             | △              | 公費併用時、保険一部負担額の内の公費に係る金額を編集                                                                         |
| 27  | （福祉医療／乳幼児等医療に係る一部負担金額） | 最大 6   | △             | △             | △              | 公費併用時、保険一部負担額の内の福祉医療、及び乳幼児等医療に係る金額を編集                                                              |
| 28  | 保険一部負担額                | 最大 6   | △             | △             | △              | 一部負担金額を編集                                                                                          |
| 29  | 公費①一部負担額               | 最大 6   | △             | △             | △              | 公費併用時、その公費分の患者負担額を編集                                                                               |
| 30  | 公費②一部負担額               | 最大 6   | △             | △             | △              | 公費併用時、その公費分の患者負担額を編集                                                                               |
| 31  | 福祉医療／乳幼児等医療 控除額        | 最大 5   | △             | △             | △              | 福祉医療／乳幼児等医療の一部負担額                                                                                  |

|   |              |
|---|--------------|
| ○ | 必須項目         |
| △ | 該当する場合のみ必須項目 |
| ／ | 編集出来ない項目     |

- ・ CSV形式（レコード末尾に0x0d0aが付加されている事）とする
- ・ Shift-JISコードであること。また、外字（0xf040 ～ 0xf9fc）は対応していない（WindowsXPで表示可能な文字である事）
- ・ 項目ごとの括り文字はカンマ(0x2c)のみとし、その他の文字（タブ<0x09>等）は不可
- ・ 列データをダブルクォーテーション(0x22)で括られていても構わないが、列データ中にカンマを混入しない事
- ・ 列データの前後空白(0x20)は無視する為、固定長CSV形式でも可
- ・ 1 件目に見出し行を付けない事
- ・ ～番号・日数・点数・金額の前ゼロは、あっても無くても構わない
- ・ 未設定にする項目にはNull（カンマを続ける）かスペース(0x20)を設定し、ゼロ(0x30)を設定しない事

・ ファイル名

GYYYMM\_KKT\*\*\*\*\*. csv

G ：元号（平成：4）  
YY：年  
MM：月（提出月）  
KK：県番（2桁）  
T ：点数表区分（1桁）  
医科：1 歯科：3 調剤：4 訪看：6 柔整：9  
\*\*\*\*\*：自機関コード（7桁）

} 提出年月（5桁）

## 電子請求用媒体貼付ラベル記載例

FD用

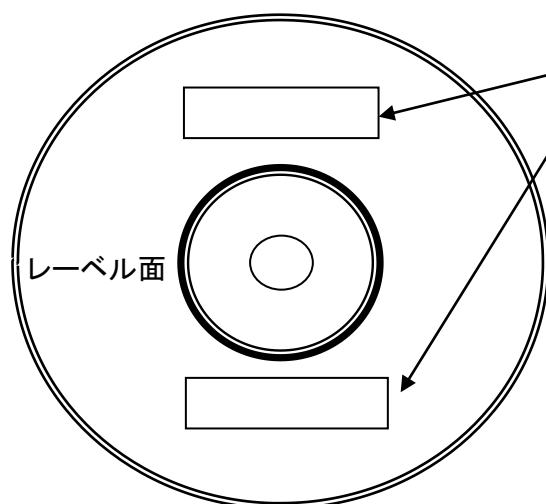
|           |            |
|-----------|------------|
| 医療機関コード   | ○○○○○○○○○○ |
| 保険医療機関名称  | ○○○○○医院    |
| 提出年月日     | ○年○月○日     |
| 島根県国保連提出用 |            |
| 県単等助成事業請求 |            |

MO用

|           |            |
|-----------|------------|
| 医療機関コード   | ○○○○○○○○○○ |
| 保険医療機関名称  | ○○○○○医院    |
| 提出年月日     | ○年○月○日     |
| 島根県国保連提出用 |            |
| 県単等助成事業請求 |            |

省略可

CD-R用



|           |           |
|-----------|-----------|
| 医療機関コード   | ○○-○○○○-○ |
| 保険医療機関名称  | ○○○○○医院   |
| 提出年月日     | ○年 ○月 ○日  |
| 島根県国保連提出用 |           |
| 県単等助成事業請求 |           |

※レーベル面にシール等を貼付せずに、  
フェルトペン等により記入すること。

### Ⅲ 審査結果と支払について

#### 1. 審査結果について

福祉医療費と乳幼児等医療費の請求書について返戻があった場合は、『島根県・市町村単独助成事業返戻通知書』（28頁）により通知いたします。

この通知は、福祉医療費および乳幼児等医療費を請求された月の翌月初めに送付いたします。

#### 2. 支払決定について

支払が決定した福祉医療費と乳幼児等医療費について、『診療報酬等支払通知書』（29頁）により通知いたします。

『診療報酬等支払通知書』は、福祉医療費及び乳幼児等医療費を請求された月の翌月10日頃に送付いたします。

#### 3. 過誤調整について

医療費の取下げが必要となった場合は、島根県国保連へ『福祉及び乳幼児等医療費請求書取下げ（返戻）依頼書』（30頁）を提出（郵送）してください。

なお、取下げ（返戻）処理を行った結果は、『島根県・市町村単独助成事業過誤結果通知書』（31頁）により通知いたします。

# 診療報酬等費用の請求及び受領に関する届(県外医療機関等用)

平成 年 月 日 提出

島根県国民健康保険団体連合会  
理事長 速 水 雄 一 様

住所  
開設者  
氏名

印

診療報酬等費用の請求及び受領に関し、下記個人情報の取扱いについて同意の上、記入・捺印し届出いたします。

|                                                        |                    |     |  |                |                            |  |
|--------------------------------------------------------|--------------------|-----|--|----------------|----------------------------|--|
| 医療機関等<br>番号                                            |                    |     |  |                | 連<br>合<br>会<br>使<br>用<br>欄 |  |
| フリガナ                                                   |                    |     |  |                |                            |  |
| 医療機関等<br>名称                                            |                    |     |  |                |                            |  |
| 郵便番号                                                   |                    | 所在地 |  |                |                            |  |
| 電話番号                                                   |                    |     |  | FAX番号          |                            |  |
| 振込先<br>銀行                                              |                    |     |  | 支店名            |                            |  |
| 預金種目                                                   | 普通・当座・その他 ( )      |     |  | 口座番号           |                            |  |
| フリガナ                                                   |                    |     |  | フリガナ           |                            |  |
| 請求者                                                    |                    |     |  | 受領者<br>(口座名義人) |                            |  |
| 届出理由(該当番号に○をつけてください)                                   |                    |     |  | 異動年月           |                            |  |
| 1                                                      | 新設                 |     |  | 平成 年 月 請求分から   |                            |  |
| 2                                                      | 請求者及び受領者(口座名義人)の変更 |     |  | 旧医療機関等番号       |                            |  |
| 3                                                      | 振込先及び口座番号の変更       |     |  |                |                            |  |
| 4                                                      | その他 ( )            |     |  |                |                            |  |
| 旧医療機関等番号欄に記載した医療機関等番号への支払いを当該医療機関等番号の支払いと合算することに同意します。 |                    |     |  |                |                            |  |
| 住所                                                     |                    |     |  |                |                            |  |
| 氏名                                                     |                    |     |  |                |                            |  |
| 印                                                      |                    |     |  |                |                            |  |
| 備考                                                     |                    |     |  |                |                            |  |

「個人情報の取扱いについて」  
提供いただく個人情報は、診療報酬等費用の支払等に利用し、それ以外の利用、外部への委託・第三者提供はいたしません。ただし、費用の支払にあたっては、口座番号等を金融機関へ提供することとしております。個人情報の提供は任意ですが、提供いただけない場合、適切な支払等ができなくなります。個人情報の開示等を希望される場合、下記窓口まで連絡ください。  
なお、個人情報の管理責任は、個人情報保護管理者(Tel:0852-21-2113)が有します。  
(お問い合わせ窓口)  
〒690-0825 島根県松江市学園一丁目7番14号  
島根県国民健康保険団体連合会 審査課 電話:0852-21-2163

## 診療報酬等費用の請求及び受領に関する届(県外医療機関等用)

島根県国民健康保険団体連合会  
理事長 速水 雄一 様

提出年月日を記入  
してください。

平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 提出

住所 松江市学園一丁目7番14号

開設者

氏名 島根 太郎

必ず押印して  
ください。

印

診療報酬等費用の請求及び受領に関し、下記個人情報の取扱いについて同意の上、記入・捺印し届出いたします。

|                                                        |                     |      |                   |                                                                                                           |                      |
|--------------------------------------------------------|---------------------|------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 医療機関等<br>番号                                            | ○○○9999999          |      |                   | 10桁で記入してください。<br>【10桁の構成】<br>県番号2桁+点数表区分1桁+医療機関(薬局コード)7桁<br>県番号…鳥取:31 広島:34 山口:35<br>点数表区分…医科:1 歯科:2 調剤:4 |                      |
| フリガナ                                                   | ○○ビョウイン             |      |                   |                                                                                                           |                      |
| 医療機関等<br>名称                                            | ○○病院                |      |                   |                                                                                                           |                      |
| 郵便番号                                                   | 690-0825            | 所在地  | 松江市学園一丁目7番14号     |                                                                                                           |                      |
| 電話番号                                                   | 0852-21-2163        |      | コードを記入して<br>ください。 | FAX番号                                                                                                     | 0852-21-3550         |
| 振込先<br>銀行                                              | 9 9 9 9             | ○○銀行 | 該当を○で囲んでください。     | 支店名                                                                                                       | 9 9 9<br>○○支店        |
| 預金種目                                                   | 普通・当座・別段・貯蓄・その他 ( ) |      |                   | 口座番号                                                                                                      | 9999999              |
| フリガナ                                                   | シマネ タロウ             |      |                   | フリガナ                                                                                                      | シマネ タロウ              |
| 請求者                                                    | 島根 太郎               |      |                   | 受領者<br>(口座名義人)                                                                                            | 島根 太郎                |
| 届出理由(該当番号に○をつけてください)                                   |                     |      |                   | 開設者氏名を記入してください。                                                                                           | 異動年月                 |
| 1                                                      | 新設                  |      |                   | 平成○○年○○月請求分から                                                                                             | 請求開始年月を記入<br>してください。 |
| 2                                                      | 請求者及び受領者(口座名義人)の変更  |      |                   |                                                                                                           |                      |
| 3                                                      | 振込先及び口座番号の変更        |      |                   | 医療機関等番号                                                                                                   |                      |
| 4                                                      | その他 ( )             |      |                   |                                                                                                           |                      |
| 旧医療機関等番号欄に記載した医療機関等番号への支払いを当該医療機関等番号の支払いと合算することに同意します。 |                     |      |                   |                                                                                                           |                      |
| 住所                                                     |                     |      |                   |                                                                                                           |                      |
| 氏名                                                     |                     |      |                   |                                                                                                           |                      |
| 備考                                                     |                     |      |                   |                                                                                                           |                      |

### 「個人情報の取扱いについて」

提供いただく個人情報は、診療報酬等費用の支払等に利用し、それ以外の利用、外部への委託・第三者提供はいたしません。ただし、費用の支払にあたっては、口座番号等を金融機関へ提供することとしております。個人情報の提供は任意ですが、提供いただけない場合、適切な支払等ができなくなります。個人情報の開示等を希望される場合、下記窓口まで連絡ください。

なお、個人情報の管理責任は、個人情報保護管理者(Tel:0852-21-2113)が有します。

(お問い合わせ窓口)

〒690-0825 島根県松江市学園一丁目7番14号

島根県国民健康保険団体連合会 審査課 電話:0852-21-2163

平成      年      月分      福祉医療費請求書（県外医療機関分）

|   |   |   |   |  |  |  |  |
|---|---|---|---|--|--|--|--|
| 9 | 1 | 3 | 2 |  |  |  |  |
|---|---|---|---|--|--|--|--|

様

[illegible]

平成            年            月            日

| 区 分              |    | 件 数 | 日 数 | 点 数 | 一部負担金額 | 02長<br>件数 |
|------------------|----|-----|-----|-----|--------|-----------|
| 入 院 ①            |    |     |     |     |        |           |
| 入 院 外 ②          |    |     |     |     |        |           |
| 公<br>費<br>再<br>掲 | 91 |     |     |     |        |           |
|                  |    |     |     |     |        |           |
|                  |    |     |     |     |        |           |
|                  |    |     |     |     |        |           |

保険医療機関の  
所在地及び名称  
開設者氏名  
電話番号

印

1…本人入院 2…本人外来 3…未就学者入院 4…未就学者外来 5…家族入院 6…家族外来  
7…高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者入院 8…高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者外来  
9…高齢受給者・後期高齢者医療7割給付入院 0…高齢受給者・後期高齢者医療7割給付外来

[illegible]

乳幼

平成

年

月分

乳幼児等医療費請求書（県外医療機関分）

乳幼児等医療負担者番号

|   |   |   |   |  |  |  |  |
|---|---|---|---|--|--|--|--|
| 9 | 0 | 3 | 2 |  |  |  |  |
|---|---|---|---|--|--|--|--|

乳幼児等医療負担者名

様

医療機関コード

[illegible]

平成      年      月      日

| 区 分              |    | 件 数 | 日 数 | 点 数 | 一部負担金額 | 02長<br>件数 |
|------------------|----|-----|-----|-----|--------|-----------|
| 入 院 ①            |    |     |     |     |        |           |
| 入 院 外 ②          |    |     |     |     |        |           |
| 公<br>費<br>再<br>掲 | 90 |     |     |     |        |           |
|                  |    |     |     |     |        |           |
|                  |    |     |     |     |        |           |
|                  |    |     |     |     |        |           |

保険医療機関の  
所在地及び名称  
開設者氏名  
電話番号

印

「本家入外」欄

3...未就学者入院 4...未就学者外来 5...家族入院 6...家族外来

26

[illegible]

福祉・乳幼児等医療費請求総括票（県外医療機関分）

平成 年 月提出分

医療機関等コード \_\_\_\_\_  
医療機関等名 称 \_\_\_\_\_

【電子媒体分】

|           |                                                           |
|-----------|-----------------------------------------------------------|
| 媒 体 種 類   | F D                      M O                      C D - R |
| 媒 体 枚 数   | 枚                                                         |
| 提 出 年 月 日 | 平成 年 月 日                                                  |
| 備 考       |                                                           |

【紙媒体分】

| 乳幼児等医療費 |          |    | 福祉医療費 |          |    |
|---------|----------|----|-------|----------|----|
| 市町村名    | 負担者番号    | 件数 | 市町村名  | 負担者番号    | 件数 |
| 松江市     | 90320011 |    | 松江市   | 91320010 |    |
| 浜田市     | 90320029 |    | 浜田市   | 91320028 |    |
| 出雲市     | 90320037 |    | 出雲市   | 91320036 |    |
| 益田市     | 90320045 |    | 益田市   | 91320044 |    |
| 大田市     | 90320052 |    | 大田市   | 91320051 |    |
| 安来市     | 90320060 |    | 安来市   | 91320069 |    |
| 江津市     | 90320078 |    | 江津市   | 91320077 |    |
| 雲南市     | 90320094 |    | 雲南市   | 91320093 |    |
| 川本町     | 90320789 |    | 川本町   | 91320788 |    |
| 津和野町    | 90320912 |    | 津和野町  | 91320911 |    |
| 海士町     | 90320995 |    | 海士町   | 91320994 |    |
| 西ノ島町    | 90321001 |    | 西ノ島町  | 91321000 |    |
| 知夫村     | 90321019 |    | 知夫村   | 91321018 |    |
| 奥出雲町    | 90321027 |    | 奥出雲町  | 91321026 |    |
| 飯南町     | 90321035 |    | 飯南町   | 91321034 |    |
| 美郷町     | 90321043 |    | 美郷町   | 91321042 |    |
| 邑南町     | 90321050 |    | 邑南町   | 91321059 |    |
| 吉賀町     | 90321068 |    | 吉賀町   | 91321067 |    |
| 隠岐の島町   | 90321076 |    | 隠岐の島町 | 91321075 |    |
| 合 計     |          |    | 合 計   |          |    |

島根県・市町村単独助成事業返戻通知書

平成 年 月請求分

|        |
|--------|
| 医療機関番号 |
|        |

島根県国民健康保険団体連合会

様

平成 年 月 日作成 頁

| 負担者<br>番号 | 受給者<br>番号 | 保険者<br>番号 | 被保険者証記号・番号 | 入外 | 氏名 | 診療<br>年月 | 返戻 |    | 摘要 |
|-----------|-----------|-----------|------------|----|----|----------|----|----|----|
|           |           |           |            |    |    |          | 日数 | 点数 |    |
|           |           |           |            |    |    |          |    |    |    |
|           |           |           |            |    |    |          |    |    |    |
|           |           |           |            |    |    |          |    |    |    |
|           |           |           |            |    |    |          |    |    |    |
|           |           |           |            |    |    |          |    |    |    |
|           |           |           |            |    |    |          |    |    |    |
|           |           |           |            |    |    |          |    |    |    |
|           |           |           |            |    |    |          |    |    |    |
|           |           |           |            |    |    |          |    |    |    |
|           |           |           |            |    |    |          |    |    |    |
|           |           |           |            |    |    |          |    |    |    |
|           |           |           |            |    |    |          |    |    |    |
|           |           |           |            |    |    |          |    |    |    |
|           |           |           |            |    |    |          |    |    |    |
|           |           |           |            |    |    |          |    |    |    |

※内容についてのお問い合わせ先、島根県国保連合会 審査課 0852-21-2114・2107

# 平成 年 月分 診療報酬等支払通知書

〒

平成 年 月 日作成

|             |  |
|-------------|--|
| 金 融 機 関 名   |  |
| 支 店 名       |  |
| 預 金 名 義 者 名 |  |
| 口 座 番 号     |  |

様

機関番号

| 区 分           |               | 当 初 決 定 |  | 過 誤 調 整 |  | 支 払 確 定 |  |
|---------------|---------------|---------|--|---------|--|---------|--|
| 福 祉           | 件 数           |         |  |         |  |         |  |
|               | 金 額           |         |  |         |  |         |  |
| 乳 幼 児         | 件 数           |         |  |         |  |         |  |
|               | 金 額           |         |  |         |  |         |  |
| 福 祉<br>(後期高齢) | 件 数           |         |  |         |  |         |  |
|               | 金 額           |         |  |         |  |         |  |
| 市町村単独助成事業分    | 福 祉           | 件 数     |  |         |  |         |  |
|               |               | 金 額     |  |         |  |         |  |
|               | 乳 幼 児         | 件 数     |  |         |  |         |  |
|               |               | 金 額     |  |         |  |         |  |
|               | 福 祉<br>(後期高齢) | 件 数     |  |         |  |         |  |
|               |               | 金 額     |  |         |  |         |  |
| 支 払 確 定 額     |               |         |  |         |  |         |  |

に上記金額を貴口座へ振り込みますので通知します。

松江市学園一丁目7番14号

島根県国民健康保険団体連合会

島根県国民健康保険団体連合会 御中

医療機関  
等コード

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

保険医療  
機関等の  
所在地及  
び名称

印

電話番号

福祉及び乳幼児等医療費請求書 取下げ(返戻)依頼書

以下の理由により、福祉及び乳幼児等医療費請求書を取下げ(返戻)願います。

|         |       |  |  |       |                     |       |  |  |
|---------|-------|--|--|-------|---------------------|-------|--|--|
| 点数表区分   | 1. 医科 |  |  | 2. 歯科 |                     | 3. 調剤 |  |  |
| 保険者番号   |       |  |  |       | 被保険証記号・番号<br>被保険者番号 |       |  |  |
| 公費負担者番号 |       |  |  |       | 公費受給者番号             |       |  |  |
| フリガナ    |       |  |  |       |                     |       |  |  |
| 対象者氏名   |       |  |  |       |                     |       |  |  |

| 診療年月 |   |   | 入外区分  | 請求点数 |
|------|---|---|-------|------|
| 平成   | 年 | 月 | 入院・外来 | 点    |
| 平成   | 年 | 月 | 入院・外来 | 点    |
| 平成   | 年 | 月 | 入院・外来 | 点    |
| 平成   | 年 | 月 | 入院・外来 | 点    |
| 平成   | 年 | 月 | 入院・外来 | 点    |

取下げ(返戻)の理由

1. 保険変更のため  
2. 労災適用のため  
3. 他法併用のため  
4. 請求点数誤りのため  
5. その他(以下の余白に理由を記入)

島根県・市町村単独助成事業過誤結果通知書

平成 年 月請求分

|        |
|--------|
| 医療機関番号 |
|        |

島根県国民健康保険団体連合会

様

平成 年 月 日作成 頁

| 負担者<br>番号 | 受給者<br>番号 | 保険者<br>番号 | 被保険者証記号・番号 | 入外 | 氏名 | 診療<br>年月 | 返戻 |    | 摘要 |
|-----------|-----------|-----------|------------|----|----|----------|----|----|----|
|           |           |           |            |    |    |          | 日数 | 点数 |    |
|           |           |           |            |    |    |          |    |    |    |
|           |           |           |            |    |    |          |    |    |    |
|           |           |           |            |    |    |          |    |    |    |
|           |           |           |            |    |    |          |    |    |    |
|           |           |           |            |    |    |          |    |    |    |
|           |           |           |            |    |    |          |    |    |    |
|           |           |           |            |    |    |          |    |    |    |
|           |           |           |            |    |    |          |    |    |    |
|           |           |           |            |    |    |          |    |    |    |
|           |           |           |            |    |    |          |    |    |    |
|           |           |           |            |    |    |          |    |    |    |
|           |           |           |            |    |    |          |    |    |    |
|           |           |           |            |    |    |          |    |    |    |
|           |           |           |            |    |    |          |    |    |    |
|           |           |           |            |    |    |          |    |    |    |
|           |           |           |            |    |    |          |    |    |    |

※内容についてのお問い合わせ先、島根県国保連合会 審査課 0852-21-2114・2107

**請 求・問い合わせ先**

〒690-0825

島根県松江市学園一丁目7番14号

島根県国民健康保険団体連合会 審査課

T E L : 0852-21-2114、2107

F A X : 0852-21-3550

E-mail : [sinsa@shimane-kokuho.or.jp](mailto:sinsa@shimane-kokuho.or.jp)

HPアドレス : <http://www.shimane-kokuho.or.jp>