

岡山県医療費公費負担制度の取扱いに係る留意点について

（高額療養費の外来現物給付化）

（保険医療機関・関係者の皆様へ）

平成24年3月

岡山県 保健福祉部

岡山県 障害福祉課のホームページ

<http://www.pref.okayama.jp/soshiki/39/>

岡山県医療費公費負担制度の概要(保険医療機関・関係者の皆様へ)

1 単県医療費公費負担制度の概要

- ・単県医療制度は、医療保険各法の規定により療養の給付等を受けた場合における自己負担額を軽減する制度です。(保険調剤が行われた場合の自己負担額に対して公費負担する制度です。)

(1) 医療保険における自己負担限度額

- ・医療保険では、年齢によって定率負担の割合が異なり、また、定率負担の一部負担金等の額が高額になったとき、所得状況に応じた限度額を超える分が高額療養費として払い戻されます。
- ・健康保険法施行令等の一部改正に伴い、平成24年4月から、従来の入院療養に加え、外来療養についても、限度額適用認定証等を提示することにより、窓口での支払を自己負担限度額までにとどめる取扱い(高額療養費の現物給付化)が導入されます。

【一部負担割合】

区 分		自己負担割合
義務教育就学前まで		2割
義務教育就学～70歳未満		3割
70歳～74歳	一般・低所得Ⅰ・Ⅱ	2割 (但し、20～24年度は1割)
	現役並み	3割
後期高齢者医療制度	一般・低所得Ⅰ・Ⅱ	1割
	現役並み	3割

【自己負担限度額】(平成24年度)

○ 医療保険

70歳～74歳			70歳未満	
区 分	入院(合算)の自己負担限度額		区 分	自己負担限度額
	外来の限度額			
現役並み所得者	44,400円	80,100円+1%※1 (44,400円)	上位所得者	150,000円+1%※2 (83,400円)
一 般	12,000円	44,400円	一 般	80,100円+1%※1 (44,400円)
低所得者Ⅱ	8,000円	24,600円	低所得者	35,400円 (24,600円)
低所得者Ⅰ		15,000円		
特定疾病	10,000円 ※人工透析を要する70歳未満の上位所得者(月収53万円以上)は、2万円			

○ 後期高齢者医療

75歳以上(65～74歳のうち障害認定を受けた者)				
区 分	入院(合算)の自己負担限度額		区 分	自己負担限度額
	外来の限度額			
現役並み所得者	44,400円	80,100円+1%※1 (44,400円)	特定疾病	10,000円
一 般	12,000円	44,400円		
低所得者Ⅱ	8,000円	24,600円		
低所得者Ⅰ		15,000円		

【注1】 ()内の金額は、多数該当(過去12月以内に3回以上高額療養費の支給を受けて4回目以降の支給に該当)の場合

【注2】 ※1 80,100+((医療費-267,000円)×1%) ※2 150,000円+((医療費-500,000円)×1%)

(2) 単県医療制度における一部負担限度額

・単県医療制度における自己負担については、次の2種類に大別されます。(受給資格者証の色で判別)

【心身障害者医療 (80)】	資格証(黄色)
① 【ひとり親家庭等医療 (86)】	
【小児医療 (85)】※	

・定率1割の自己負担とし、定率1割の自己負担には次の一部負担限度額が設けられています。

・複数の医療機関等を受診し、1ヶ月間に支払った一部負担金の合計が下記の限度額を超えた場合は、受給資格者に対し、市町村から差額償還を行います。

<1ヶ月の一部負担限度額>

所得区分		一部負担限度額	
		外来の限度額	入院(合算)の限度額
一定以上		44,400円	80,100円+1% ※3
一般		12,000円	44,400円
低所得者	Ⅱ	2,000円	12,000円
	Ⅰ	1,000円	6,000円

【注】※3 $80,100 + ((\text{医療費} - 801,000\text{円}) \times 1\%)$

※津山市の小学生1～3年生に限り定率1割負担。(44,400円を超えた場合は、償還給付が行われる。)

<保険医療機関(医科・歯科)における一部負担金の徴収方法>

- 1 保険医療機関は定率1割の一部負担金の徴収を行いますが、1割相当額が一部負担限度額を超えたときは、一部負担限度額までの徴収に止める。
- 2 一部負担限度額は、一つの保険医療機関(レセプト単位)の限度額となり、自立支援医療のように複数の医療機関・薬局を通じた限度額管理は行わない。
- 3 保険医療機関の窓口では、一部負担金の10円未満は四捨五入して徴収する。

② 【小児医療 (85)】 (患者負担なし)	資格証(白色)
-------------------------------	----------------

2 単県医療費公費のレセプト記載について

①レセプトに単県公費番号等を記載する必要のない場合

・単県公費の受給資格を持つ対象者のレセプトには、必ず公費負担者番号を記載するようお願いします。ただし、国公費等により患者負担額が無料となっている場合は記載は不要です。

②レセプト記載要領について(考え方)

【基本】

- 1 『一部負担金額』欄には定率1割の一部負担金の額(窓口支払額ではなく、10円未満の端数を四捨五入する前的一部負担金額)を記入する。(月額上限額の以内の金額)
- 2 『請求点数』欄には請求点数を省略しないで記入する。(単県公費には分点数は生じませんが、全点数を記入する。)
- 3 国公費負担医療制度が優先するので、単県医療費公費と併用になる場合は、単県医療費公費が後順位となります。

3 単県医療費公費に係る高額療養費の外来現物給付化への対応について

(1) 高額療養費の外来現物給付化について

○平成24年4月から、外来診療等において窓口負担額を軽減することを目的に、高額療養費の現物給付化の制度が始まります。

① 外来における高額療養費の現物給付化とは	・高額療養費の現物給付化とは、医療費が高額になった場合に一部負担金額が高額療養費の算定上の基準額(限度額)を超えた場合に、レセプトにより保険医療機関等に支払われるようになることです。
-----------------------	---

② 窓口で提示される認定証等は	
被保険者の区分	認定証等
・70歳未満の方 ・70歳以上の非課税世帯等の方	限度額適用認定証
・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

※窓口で提示される限度額適用認定証・高齢受給者証・後期高齢者医療被保険者証を、以下「認定証等」といいます。

③ 請求方法は	・入院外レセプトに、特記事項欄・高額療養費の算定基準額(限度額)等を記載することにより、審査支払機関に請求します。(単県医療費公費併用の場合も同じ)
---------	--

(2) 認定証等が提示された場合の対応の主なポイント(単県医療費公費+認定証等)

○平成24年4月から窓口で単県医療費公費制度の受給資格証と、認定証等が合わせて提示されるようになりますが、認定証等が提示された場合の対応の主なポイントは次のとおりです。

主なポイント	留意点	
1 医療保険制度における取扱いの違いについて ・社会保険と国民健康保険・後期高齢者医療の限度額の算定の取扱いの違いを確認します。	・社会保険の場合	・所得区分を「一般」として取り扱います。
	・国民健康保険・後期高齢者医療制度の場合	・所得区分に応じた限度額を取り扱います。
2 窓口支払額について ・認定証等の限度額と受給資格証の上限額を比較します。	・窓口では、いずれか低い方の額までの支払いに止めます。(社会保険の場合は、「一般」の限度額と比較します。)	
3 レセプト記載について ・限度額適用認定証の提示があった場合は、レセプトの特記事項欄に記載します。(※)	・限度額適用認定証の所得区分に応じ、「17上位」、「18一般」、「19低所」を記載します。(摘要欄に「低所得Ⅰ・Ⅱ」の記載が必要になる場合があります。)(※)	

(※)特記事項・摘要欄等の記載方法は「診療報酬請求書等の記載要領」によります。

(3) 主なポイントの内容(単県医療費公費+認定証等)

1 医療保険制度における取扱いの違いについて(外来)

① 社会保険の場合

高額療養費の算定基準額は、国公費負担医療(特定疾患等を除く。)と同じ取扱いになり、所得区分を「一般」として算定します。(70歳未満・70歳以上とも → それぞれ「一般」の1区分)

② 国民健康保険・後期高齢者医療制度の場合

高額療養費の算定基準額は、国公費負担医療(特定疾患等を除く。)と異なり、認定証等に基づき所得区分を算定します。(70歳未満・70歳以上とも → それぞれの所得区分の3区分)

2 窓口支払額について(外来・窓口における支払いの限度額)

認定証等と受給資格証の組み合わせ表			単県医療費公費の所得区分・月額上限額				
			低所得Ⅰ・Ⅱ 1,000円・2,000円	一般 12,000円	一定以上 44,400円		
認定証等の所得区分	70歳未満	社保	上位	単県公費の上限額	35,400円		
			一般				
			低所得				
		国保	上位			単県公費の上限額	35,400円
			一般				
			低所得				
	70歳以上	社保	現役並み	単県公費の上限額	12,000円		
			一般				
			低所得Ⅰ・Ⅱ				
		国保・後期	現役並み			単県公費の上限額	12,000円
			一般				
			低所得Ⅰ・Ⅱ				

① 窓口徴収の方法

・単県医療費公費を適用し、医療費の1割・上限額まで徴収します。ただし、医療費の1割相当額が認定証等の限度額を超えることになる場合は、当限度額までの徴収に止めます。(上表の金額記載欄)

② 現物高額療養費の額の算定について

・認定証等の提示を受け診療日ごとの高額療養費の額を算定する場合(円単位)であっても、単県医療費公費を適用する場合は、従来どおり、医療費の1割相当額(10円未満の額を四捨五入し10円単位)を徴収します。

③ 月額上限額の取扱いについて(社会保険)

・認定証等の限度額の方が低い場合(社保・70歳未満低所得・70歳以上低所得Ⅰ・Ⅱ)は単県医療費公費として扱わないようにします。窓口では限度額までの徴収に止めるとともに、社保単独のレセプトとします。

3 レセプト記載方法等について

① 特記事項欄

・「限度額適用認定証」の提示があった場合は、所得区分に応じ、「17上位」、「18一般」、「19低所」を記載します。

② 摘要欄

・高齢受給者・後期高齢者医療の低所得者で現物高額療養費が算定された場合は、摘要欄に「低所得Ⅰ又は低所得Ⅱ」を記載します。

③ 「保険」-「一部負担金額」欄

・現物高額療養費が算定された場合は、当高額療養費の算定基準額(限度額)を記載します。

4 入院の場合の現物高額療養費の取り扱いについて(単県医療費公費+認定証等)

1 高額療養費の算定上の基準額の取り扱いの変更について(入院)

○平成24年4月から高額療養費の外来現物給付化の制度の実施に当たり、単県医療費公費と認定証等が併用になる場合には、医療保険制度の規定に基づく高額療養費の算定上の基準額の取り扱いを導入します。

したがって、同3月までは、入院における単県医療費公費と認定証等が併用になる場合は、医療保険の所得区分にかかわらず、原則として、一律「一般」の所得区分で高額療養費を算定する取り扱いとしていましたが、同4月からは、外来と取り扱いの考え方を統一するため、医療保険制度の規定に基づく高額療養費の算定上の基準額の取り扱いに変更します。

なお、従来は限度額適用認定証は入院のみの適用でしたが、外来への適用拡大により、所持される被保険者の方が増えることが予想されますので、適切なレセプト請求の対応をお願いします。

① 社会保険の場合

高額療養費の算定上の基準額は、国公費負担医療(特定疾患等を除く。)と同じ取扱いであるため、変更はありません。(従来どおり、所得区分を「一般」として算定します。)

② 国民健康保険・後期高齢者医療制度

高額療養費の算定上の基準額は、国公費負担医療(特定疾患等を除く。)と異なり、認定証等に基づき所得区分を算定します。

2 窓口支払額について(入院・窓口における支払いの限度額・従来と同じ)

認定証等と受給資格証の組み合わせ表				単県医療費公費の所得区分・月額上限額		
				低所得Ⅰ・Ⅱ 6,000円・12,000円	一般 44,400円	一定以上 80,100円+1%
認定証等の所得区分	70歳未満	社保	上位	単県公費の上限額	35,400円	
			一般			
			低所得			
	70歳以上	国保	上位	単県公費の上限額	35,400円	
			一般			
			低所得			
70歳以上	70歳未満	社保	現役並み	単県公費の上限額	44,400円	
			一般			
			低所得Ⅱ			24,600円
	70歳以上	国保・後期	低所得Ⅰ	15,000円		
			現役並み	単県公費の上限額	44,400円	
			一般			
低所得Ⅱ	24,600円					
			低所得Ⅰ	15,000円		

① 窓口徴収の方法

・単県医療費公費を適用し、医療費の1割・上限額まで徴収します。ただし、医療費の1割相当額が認定証等の限度額を超えることになる場合は、当限度額までの徴収に止めます。(上表の金額記載欄)

② 単県医療費公費と社会保険の併用の留意事項

・社保・70歳未満低所得・70歳以上低所得Ⅰ・Ⅱの場合
医療費の1割相当額が、上表の金額を超えることになる場合は当該金額までの徴収に止め、単県医療費公費を適用しないものとします。(認定証等の限度額を優先適用のため)

・社保・70歳以上現役並み・一般の場合
単県医療費公費を適用し、上表の該当金額まで徴収します。

3 レセプト記載方法等について

○レセプトの記載の考え方及び方法については、次のとおりです。

【基本的な考え方】

① 特記事項欄	
・「限度額適用認定証」の提示があった場合は、所得区分に応じ、「17上位」、「18一般」、「19低所」を記載します。	
② 摘要欄	
・高齢受給者・後期高齢者医療の低所得者で現物高額療養費が算定された場合は、摘要欄に「低所得Ⅰ又は低所得Ⅱ」を記載します。	
③ 「保険」ー「一部負担金額」欄	
・現物高額療養費が算定された場合は、当高額療養費の算定基準額(限度額)を記載します。	
④ 単県医療費公費の適用について	
・認定証等の限度額が単県医療費公費の上限額よりも低額の場合は、単県医療費公費を適用せず、社会保険単独のレセプトとします。 (例)社保・70歳未満低所得・70歳以上低所得Ⅰ・Ⅱの場合	

【変更点等】(社会保険関係は変更ありません。)

① 国民健康保険(70歳未満)	
・従来、「限度額適用認定証」の所得区分にかかわらず、一律「一般」の所得区分により、高額療養費の算定基準額を「保険」ー「一部負担金額欄」に記載する方法としていましたが、 <u>「限度額認定証」の所得区分による高額療養費の算定基準額を記載します。</u>	
② 国民健康保険(70歳以上)・後期高齢者医療	
・単県医療費公費の限度額よりも認定証等の限度額が低額の場合は、支払額をその限度額までの徴収に止め、医療保険単独のレセプトとしてきましたが、 <u>単県医療費公費併用のレセプトとします。</u>	

【適用期日について】

レセプト記載方法の変更点の適用期日	
平成24年4月診療分から	

診療報酬明細書

(医科入院外) 平成 24年 4月分

都道府県番号 医療機関コード

1 医科	2 公費	3 後期	4 退職	5 単独	6 併	7 本外	8 高外
				1	2	3	4
				3	6	0	7

公費① 番号	8	0	公費① 受	0	0	0	5	6	7	8
公費② 番号			公費② 受							

保険者 番号							給付 割合	7割
被保険者証・補保 者手帳等の記号・番 号								

氏名	公費併用扱いとしない。						特記事項	保険医療機関 の所在地及び 名称
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . . 生							19低所	
業務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害							

入院外

70歳未満・社保-2

傷 病 名	(1)	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> <p>「上位所得者」の場合 <u>17上位</u></p> <p>「一般」の場合 <u>18一般</u></p> <p>「低所得者」の場合 <u>19低所</u></p> <p>を記載する。</p> </div>	診療 実日 数	(1)	年 月 日	転 帰	治ゆ	死亡	中止	保険	2 日
	(2)			年 月 日	診療 実日 数		公費①	2 日			
	(3)			年 月 日	診療 実日 数		公費②	日			

【事例】

社会保険

限度額認定証（低所得）の提示があった場合

※特に注意を要する事例

<年齢> 70歳未満

定率3割 《限度額：35,400円》

<公費> ①心身障害者医療(80)

定率1割 一定以上（一部負担上限額 44,400円）

※公費併用扱いの場合は、高額療養費の基準額は「一般」区分で算定されるため、窓口支払額が限度額認定証による限度額を超えることになる場合は、当該額までの徴収に止め、レセプトでは単県医療費公費として取り扱わないようにしてください。（この事例では、2日目において35,400円を超えることになった場合）

【内容】

	[点 数]	[本来の自己負担額]	[実際の窓口支払額]
1日目	21,346点	※ (35,400)円	21,350円
2日目	20,443点	※ (0)円	※ 14,050円 ←
計	41,789点	※ (35,400)円	※ 35,400円

※窓口支払額は限度額認定証の記載額までに止めてください。

療 養 の 給 付	請 求	※ 決 定	一部負担金額	
	41,789 点	点	35,400 円	
	公費①	点	点	円
公費②	点	点	円	※高額療養費 円 ※公費負担点数 円 ※公費負担点数 円

平成 年 月 日

宛 先:岡山県保健福祉部障害福祉課 行き

FAX番号:(086)-224-6520

岡山県医療費公費負担制度に係る質問票(FAX用)

医療機関・薬局(会社)名			
担当者ご氏名		電話番号	
その他連絡先	FAX:	E-mail:	
質問項目			
質問			
回答			

※回答に時間を頂く場合がありますので、あらかじめ御了承ください。担当:障害福祉課福祉推進班

電話:(086)226-7362