

事 務 連 絡  
令和2年(2020年)8月14日

各保険医療機関  
各保険調剤薬局  
各訪問看護ステーション  
様

山口県国民健康保険団体連合会

山陽小野田市「子ども医療費助成制度」の変更に伴う  
診療報酬明細書等の記載について(お知らせ)

平素から本会の業務につきましては、格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。  
令和2年8月から、山陽小野田市「子ども医療費助成制度」の助成割合が変更されました。  
このことに伴い、診療報酬明細書(以下「レセプト」という。)等の記載について下記のとおりとなりますので対応をよろしくお願いいたします。  
なお、別紙「診療報酬明細書(レセプト)等の記載例について」を添付していますので御参照ください。

レセプト等の記載について御不明な点があれば担当まで御連絡ください。

記

- 1 変更内容について  
子ども医療の助成割合が医療費の1割から2割に変更  
(対象は小学1年生から中学3年生まで)
- 2 福祉医療費負担者番号  
山陽小野田市 81350092
- 3 福祉医療費受給者記号  
記号「26」
- 4 レセプトの記載方法について(令和2年8月診療分から)
  - ①「公費負担者番号」欄に福祉医療費負担者番号を記載
  - ②「公費受給者番号」欄に福祉医療費受給者証記号・番号を記載
  - ③ 一部負担金については記載しない。
- 5 福祉医療費請求書(OCR様式・電子請求)について(令和2年8月診療分から)
  - ①「福祉医療費請求額」欄
    - ・原則、福祉医療が助成する額(福祉医療費対象点数の2割分)を記載
    - \*事例(公費+福祉等)によっては2割分にならない場合があります。
  - ②「一部負担金」欄
    - ・原則、患者負担分(福祉医療費対象点数の1割分)を記載
    - \*事例(高額療養費が発生した場合等)によっては1割分にならない場合があります。

電 算 課 支 払 班
担 当 : 小 川
TEL 083-925-2122
FAX 083-925-7864

(別紙)

診療報酬明細書(レセプト)等の記載例について

令和2年8月14日  
山口県国民健康保険団体連合会作成

I 診療報酬明細書(レセプト)の記載について

(1) 子ども医療費助成制度(令和2年8月診療分から) 福祉のみ併用の場合 [給付割合 7割]

公費負担者番号①	8	1	3	5	0	0	9	2	公費負担医療の受給者番号①	2	6	X	X	X	X	X
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 公費の公費の	請求点数	決定点数	一部負担金
		1,234		
		1,234		

**福祉医療費に係る患者の一部負担金額(歯科:患者負担額(公費))欄は記載しない。**  
 ・福祉医療費助成額=1,234×2=2,468円  
 ・一部負担金額=1,234×1=1,234円≒1,230円(窓口負担)

(2) 子ども医療費助成制度(令和2年8月診療分から) 更生医療と福祉併用の場合 [給付割合 7割]

公費負担者番号①	1	5	3	5	X	X	X	X	公費負担医療の受給者番号①	X	X	X	X	X	X	X
公費負担者番号②	8	1	3	5	0	0	9	2	公費負担医療の受給者番号②	2	6	X	X	X	X	X

療養の給付	保険 公費の公費の	請求点数	決定点数	一部負担金
		1,234		
		1,234		1,234

**福祉医療費に係る患者の一部負担金額(歯科:患者負担額(公費))欄は記載しない。**  
 ・福祉医療費助成額=1,234円÷3×2=822.66円≒823円(端数四捨五入)  
 ・一部負担金額=1,234円-823円=411円≒410円(窓口負担)  
 全体での一部負担金1,234円を3割分と見立てて福祉医療費助成額を2割一部負担金を1割とする。

II 福祉医療費請求書(OCR様式)の記載について

(1) 子ども医療費助成制度(令和2年8月診療分から) 福祉のみ併用の場合 [給付割合 7割]

DC	C	診療年月 (年) (月)	入・外 (記号)	福祉医療費受給者証 記号・番号 (番号)	性別
1		0208	2	26-X	
生年月日 (年号)(年)(月)(日)		保険者番号			
4180801		01350016			
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結精点数	決定点数	
	2	1234			
食事日数	食事療養総費用額	食事療養標準負担額	福祉医療費食事助成額		
福祉医療費請求額		一部負担金		備考	
2468		1234			

**福祉医療費に係る患者の一部負担金額を記載する。**  
 ・福祉医療費請求額=1,234×2=2,468円  
 ・一部負担金額=1,234×1=1,234円≒1,230円(窓口負担)  
 \*一部負担金及び福祉医療費請求額は端数処理前の金額を記入する。

(2) 子ども医療費助成制度(令和2年8月診療分から) 更生医療と福祉併用の場合

[給付割合 7割]

DC	C	診療年月 (年) (月)	入・外 (記号)	福祉医療費受給者証 記号・番号 (番号)	性別
1		0208	2	26-X	
生年月日 (年号)(年)(月)(日)		保険者番号			
4180801		01350016			
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結精点数	決定点数	
	2	1234			
食事日数	食事療養総費用額	食事療養標準負担額	福祉医療費食事助成額		
福祉医療費請求額		一部負担金		備考	
823		411		更生医療併用	

**福祉医療費に係る患者の一部負担金額を記載する。**  
 ・福祉医療費請求額=1,234円÷3×2=822.66円≒823円(端数四捨五入)  
 ・一部負担金額=1,234円-823円=411円≒410円(窓口負担)  
 \*一部負担金及び福祉医療費請求額は端数処理前の金額を記入する。