

事 務 連 絡

平成 19 年 12 月 19 日

保険医療機関（医科） 御中

徳島県社会保険診療報酬支払基金
徳島県国民健康保険団体連合会

地方単独医療費助成事業に係る審査支払事務の
移行に伴う請求方法等について

平素は、支払基金及び国保連合会の業務運営に対し格別なご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、徳島県の各市町村が実施している「乳幼児等医療費助成事業」、「重度心身障害者医療費助成事業」及び「母子家庭等医療費助成事業」に係る審査支払事務のうち被用者保険分について、支払基金においても取扱うこととなりましたので、請求方法等の事務処理等について下記のとおりご配慮願います。

記

1 取扱開始時期

平成 20 年 2 月診療（3 月請求）分から被用者保険分については支払基金において取扱うこととなります。

2 請求形態の変更

被用者保険の資格をお持ちの方に係る助成事業分の請求について、被用者保険分請求書を作成して国保連合会に請求する取扱いから、併用レセプト形態として支払基金へ請求する取扱いに変更となります。

3 診療（調剤）報酬請求書への記載

併用レセプトの記載方法と同様、区分「公費と医保（老人）の併用」欄の空欄に法別番号を記載のうえ、請求内容（件数・点数等）を記載願います。

4 乳幼児等医療における患者負担額を現物給付化している市町村について

乳幼児等医療における患者負担額の助成事業に対して、支払基金による取扱いの開始に併せ新たな法別番号として「48」が設定されることとなります。

つきましては、該当市町村が実施する乳幼児等医療の受給対象者（3 歳から 6 歳）については、従来の「45」で始まる公費負担者番号と「48」で始

まる公費負担者番号が記載された新しい受給者証が発行されますのでご留意願います。(別紙参照)

5 診療(調剤)報酬明細書の記載方法

診療(調剤)報酬明細書の作成に当たっては、別添の事例1(患者負担なし)及び事例2(患者負担あり)を参考に記載願います。

なお、前4の場合は、「45」で始まる公費負担者番号を公費①に、「48」で始まる公費負担者番号を公費②に記載することになります。

また、「48」で始まる公費負担者番号が記載された受給者証をお持ちの方については、患者負担額の徴収は必要ありませんが、診療(調剤)報酬明細書の作成に当たっては、支払基金への請求分に限り「療養の給付」欄の「公費①」の「一部負担金額」欄に患者負担相当額を記載(3歳以上6歳未満の入院の場合を除く。)願います。(事例3の(1)参照)

なお、国保連合会への請求分については、従前どおり一部負担金額の記載は必要ありません。(事例3の(2)参照)

6 その他ご留意願う点

- (1) 平成20年2月診療(3月請求)分以降は、月遅れ分を含め被用者保険分請求書による取扱いが国保連合会においてもできなくなりますので、被用者保険分請求書による請求漏れがないか確認のうえ、平成20年2月請求までに請求漏れ等月遅れ請求の解消について、ご協力方よろしく願います。
- (2) 平成20年2月診療(3月請求)分から併用形態により支払基金へ請求する取扱いへの変更に伴い、当該取扱の変更について円滑に対応できるようレセコン対応等の事前準備について、併せて願います。

【この件の問合せ先】

徳島県社会保険診療報酬支払基金

企画調整課

088-622-4187

内線 240・241・242

○乳幼児等医療費の公費番号について

市町村名		公費負担者番号		
		7歳未満	7歳以上	1レセプト600円を徴収しない市町村 (新設)
1	徳島市	45360013		
2	鳴門市	45360021		
3	小松島市	45360039		
4	阿南市	45360047	47360045	48360044
5	吉野川市	45360518		
6	阿波市	45360526	47360524	48360523
7	美馬市	45360534		
8	三好市	45360542		
9	勝浦町	45360054		48360051
10	上勝町	45360062		48360069
11	佐那河内村	45360070	47360078	48360077
12	石井町	45360088		
13	神山町	45360096	47360094	48360093
14	那賀町	45360625		
15	美波町	45360641		
16	牟岐町	45360195		
17	海陽町	45360658		
18	松茂町	45360237		
19	北島町	45360245		
20	藍住町	45360252		
21	板野町	45360260		
22	上板町	45360278		
23	つるぎ町	45360617		
24	東みよし町	45360633		

※平成20年2月診療分より新たな法別番号として「48」が設定されます。

「48」・・・医療機関窓口における、3歳～6歳に係る通院、6歳に係る入院について、1レセプト600円の患者さんの自己負担が発生しない市町村の法別番号

事例 1

診療報酬明細書 (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単独	2本外	8高外9
医科	2公費	4退職	22併	4三外	0高外7
			33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	4	5	3	6	*	*	*	*	0	0	0	1008
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						給付割合	10 9 8
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								
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 保険医
療機関

***徳島県単独医療費助成事業の番号及び受給者番号の記載欄**

傷病名	(1)	(2)	(3)	診療開始日	(1) 年 月 日	(2) 年 月 日	(3) 年 月 日	転	治ゆ	死亡	中止	診療実日数	1日
-----	-----	-----	-----	-------	-----------	-----------	-----------	---	----	----	----	-------	----

11	初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数
12	再診	×	回		
	外来管理加算	×	回		
	再時間外	×			
	診休日深	×			
	診深夜	×			
13	医学管理				
14	往診				
	夜間				
	深夜・緊急				
	在宅患者訪問診療				
	その他				
	在宅				
	薬剤				
20	21 内服調剤	×			
	22 屯服薬	×			
	23 外用調剤	×			
	25 処方	×			
	26 麻毒				
	27 調基				
30	31 皮下筋肉内				
	32 静脈内				
	33 その他				
40	処置				
	薬剤				
50	手術				
	麻酔				
	薬剤				
60	検査				
	薬剤				
70	画像				
	診断				
	薬剤				
80	処方せん				
	その他				
	薬剤				

*** 公費負担者番号①欄については助成事業の種類により次のいずれかの番号をご記入ください。**

乳幼児等医療費助成事業・・・・・・・・「4536****」又は
(3歳未満の通院及び6歳未満の入院レセプトが該当)
「4736****」
(7歳以上のレセプトが該当)

重度心身障害者医療費助成事業 }
母子家庭等医療費助成事業 }「4636****」

*** ご注意：被用者保険に係る記載方法については、国保連合会に請求される場合についてもこの事例と同様です。**

療養の給付	請求点	※	決定点	一部負担金額	円
	500				
		※		減額 割(円)免除・支払猶予	円
				患者負担なし	
		※		円	※ 調剤費 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徳島県地方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。)**

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 2

様式第二(二) (第二条関係)

診療報酬明細書 (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
医科	2公費	4退職	22併	4三外	0高外7
			33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
4536****	0001016		

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

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: 保険医療機関

***徳島県単独医療費助成事業の番号及び受給者番号の記載欄**

傷病名	診療開始日	転帰	治ゆ	死亡	中止	診療日数	保険公費①公費②
(1)	年 月 日					1日	
(2)	年 月 日					日	
(3)	年 月 日					日	

11	初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数
12	再診		回		
13	医学管理				
14	往診				
20	投薬	21 内服薬調剤	回		
		22 屯服薬調剤	回		
		23 外用薬調剤	回		
		25 処方方	回		
		26 麻毒基	回		
		27 調剤	回		
30	注射	31 皮下筋肉内	回		
		32 静脈内	回		
		33 その他	回		
40	処置	薬剤	回		
50	手術	薬剤	回		
60	検査	薬剤	回		
70	画像診断	薬剤	回		
80	その他	処方せん	回		

***公費負担者番号①欄については次の番号をご記入ください。**

乳幼児等医療費助成事業のうち患者負担が発生する公費負担者番号

.....「4536****」

(3歳~6歳に係る通院又は6歳に係る入院レセプトが該当)

***ご注意：被用者保険に係る記載方法については、国保連合会に請求される場合についてもこの事例と同様です。**

療養の給付	請求点	※決定点	一部負担金額	円
	1,000			
	点	※点	減額割(円)免除・支払猶予	円
			600	
	点	※点	患者負担あり	
	点	※点	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徳島県地方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。)**

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 3 の (1) 支払基金への提出例

様式第二(二二) (第二条関係)

○ 診療報酬明細書
(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 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	
				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	4	5	3	6	*	*	*	*	公費負担 医療の受 給者番号①	0	0	0	1	0	2	4
公費負担者 番号②	4	8	3	6	*	*	*	*	公費負担 医療の受 給者番号②	0	0	0	1	0	2	4

保険者 番号									
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

*** 徳島県単独医療費助成事業と市町村単独医療費助成事業の併用**

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) _____ (2) _____ (3) _____	診療開始日
		診療日数
		公費①公費②

1 1 初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数
1 2 再診		回	点	
再診		回	点	
1 3 医学管理				

*** 公費負担者番号②欄については新公費負担者番号「4836****」
をご記入ください。
また、受給者番号については公費負担者番号①と同様となります。**

1 4 往診	深夜・緊急 在宅患者訪問診療 その他			
2 0 投薬	21 内服薬調剤 × 単位 22 屯服薬調剤 × 単位 23 外用薬調剤 × 単位 25 処方 × 単位 26 麻毒基 × 単位 27 調剤 × 単位			
3 0 注射	31 皮下筋肉内 × 単位 32 静脈内 × 単位 33 その他 × 単位			

*** ご注意: 「療養の給付」欄の「公費①」の「一部負担金」欄への患者負担
相当額の記載方法が支払基金と国保連合会では異なりますので
留意願います。**

**支払基金・・・市町村単独医療費助成事業の患者負担
限度額をご記入(3歳以上6歳未満の
入院の場合を除く。)ください。**

4 0 処置	薬剤			
5 0 手術	薬剤			
6 0 検査	薬剤			
7 0 画像	薬剤			
8 0 処方せん				
その他	薬剤			

療養の給付	請求点	※ 決定点	一部負担金額	円
	1,000			
		※	減額(円)免除支払額	円
			600	
		※	※ 高療養費 円	※ 公費負担点数 点
				※ 公費負担点数 点

必ずご記入ください

*** 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徳島県地方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。)**

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 3 の (2) 国保連合会への提出例

○ 診療報酬明細書 (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 単独	2 本外	8 高外9
2	2 公費	4 退職	2 2 併	4 三外	0 高外7
3			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	4	5	3	6	*	*	*	*	0	0	0	1	0	2	4
公費負担者 番号②	4	8	3	6	*	*	*	*	0	0	0	1	0	2	4

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

*徳島県単独医療費助成事業と市町村単独医療費助成事業の併用

職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害	(床)										
傷病名	(1) (2) (3)	診療開始日	(1) (2) (3)	年 月 日	転 治ゆ	死亡	中止	診療 実日数	保険 公費① 公費②	1 日	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	
	外来管理加算		×	回	
	再 診	時間外	×	回	
	休 日		×	回	
	深 夜		×	回	

*公費負担者番号②欄については新公費負担者番号「4836****」
をご記入ください。
また、受給者番号については公費負担者番号①と同様となります。

1 3	医学管理	
1 4	往 診	
	夜 間	
	深 夜・緊急	
	在宅患者訪問診療	
	その他	
	薬 剤	

2 0	21 内服薬調剤	×	単位	回
	22 屯服薬調剤		単位	回
	23 外用薬調剤		単位	回
	25 処方	×	回	回
	26 麻毒		回	回
	27 調基		回	回

3 0	31 皮下筋肉内	回
	32 静脈内	回
	33 その他	回

4 0	処 置	回
-----	-----	---

5 0	手 術	回
-----	-----	---

6 0	検 査	回
-----	-----	---

7 0	面 診	回
-----	-----	---

8 0	処 方	回
-----	-----	---

その他	薬 剤	回
-----	-----	---

*ご注意：「療養の給付」欄の「公費①」の「一部負担金」欄への患者負担
相当額の記載方法が支払基金と国保連合会では異なりますので
留意願います。

国保連合会・・・今までどおり記入の必要
はありません。

療養の給付	請求点	※	決 定 点	一部負担金額	円
	1,000				
		※		減額 割(円)免除 支払猶予	円
		※		円 ※ 高 療 養 費 円 ※ 公 費 負 担 点 数 点 ※ 公 費 負 担 点 数 点	

記入しないでください

*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徳島県地方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。)

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。