

事務連絡  
平成23年8月19日

各保険医療機関  
各保険薬局 御中

徳島県国民健康保険団体連合会

乳幼児等医療費助成事業に係る診療（調剤）報酬明細書及び  
診療（調剤）報酬請求書の記載方法変更について

日頃は、本会の業務運営に対し格別のご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、乳幼児等医療費助成事業に係る診療（調剤）報酬明細書及び診療（調剤）報酬請求書の記載方法について、下記のとおり変更となりますので、よろしくお願ひします。

記

1. 記載変更時期

平成23年10月請求分から記載の変更をお願いします。月遅れ請求分及び返戻等請求分についても同様となりますのでご注意ください。

2. 診療（調剤）報酬明細書の記載方法

乳幼児等医療における診療（調剤）報酬明細書の作成にあたり各欄への記載方法は、以下のとおりとなります。

(1) 公費負担者番号欄

医科分

「45」で始まる公費負担番号を公費負担者番号①に、「48」で始まる公費負担番号を公費負担者番号②に記載下さい。（別添例1・2参照）

歯科分

「45」で始まる公費負担番号を公費負担者番号①に、「48」で始まる公費負担番号を摘要欄に記載下さい。（別添例3・4参照）

調剤分

「45」で始まる公費負担番号を公費負担者番号①に、「48」で始まる公費負担番号については、記載の必要はありません。(別添例5参照) これまでの請求方法と変更はありません。

(2) 一部負担金額欄

医科分

「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下さい。なお、患者負担相当額が600円に満たない場合について、入院分は10円単位(窓口支払額)で、外来分は1円単位で記載下さい。(別添例1・2参照)

歯科分

「患者負担額(公費)」欄に患者負担相当額を記載下さい。なお、患者負担相当額が600円に満たない場合について、入院分は10円単位(窓口支払額)で、外来分は1円単位で記載下さい。(別添例3・4参照)

調剤分

調剤分については、一部負担金額の徴収がありませんので、記載の必要はありません。これまでの請求方法と変更はありません。(別添例5参照)

※公費負担者番号「48」の該当者についても、一部負担金の記載が必要となりますのでご注意ください。

3. 診療(調剤)報酬請求書の記載方法

医科・歯科分

「45」「48」それぞれの件数・日数・合計点数について、記載をお願いします。なお、「45」については、一部負担金額についても記載をお願いします。

「48」についての、記載も必要となりますのでご注意ください。

調剤分

「45」について件数・受付回数・合計点数について、記載をお願いします。これまでの請求方法と変更はありません。

※問い合わせ先

徳島県国民健康保険団体連合会

審査課

電話 088-666-0114

<b>○ 診療報酬明細書</b> (医科入院外)		都道府県番号		医療機関コード		1 ① 社・団 3 後期 1 単独 2 本外 8 高外 2 公費 4 返職 ③ 併 2 2 併 ④ 六外 0 高外7 3 6 * * * * ⑤ 併 6 家外 0 高外7			
		平成 年 月 分		診療者 番号		10 9 ( ) 7 ( )			
市町村番号		老人医療の受給者番号		扶別診療料・特別診療料 平償等の記号・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	* * * * *						
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	* * * * *						
公費負担者番号③		公費負担医療の受給者番号③							
公費負担者番号④		公費負担医療の受給者番号④							
氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 生		特記事項	保険医療機関の所在地及び名称					
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害								
傷病名	(1)	(1) 年 月 日	転	始	終	死亡	中止	保険公費①公費②	日
	(2)	(2) 年 月 日							日
	(3)	(3) 年 月 日							日

  

療 保 費 給 付	額	点	※	決	定	点	一部負担金額	円
		1,000					( )	
	公費①	1,000	点	※		点	600	円
	公費②	1,000	点	※		点		円
	公費③		点	※		点		円
公費④		点	※		点		円	
							※ 高額療養費	円
							※ 公費負担点	点
							※ 公費負担点	点

県単45の対象額に対する自己負担額が、600円を超える場合は[600]の記入をお願いします。

様式第二二(二二) (第二条関係)

○診療報酬明細書 (医科入院外) 都道府県 医療機関コード

平成 年 月 分

1 ①社・国	3 後期	1 単独	2 本外	3 高外-1
2 公費	4 退職	2 2併	④ 六外	0 高外7
		③ 3併	6 家外	

市町村 番号					老人医療 の受給者 番号				
公費負担 番号①	4:5	3:6	*****	*	公費負担 医療の受 給者番号①	*****	*	*	*
公費負担 番号②	4:8	3:6	*****	*	公費負担 医療の受 給者番号②	*****	*	*	*
公費負担 番号③					公費負担 医療の受 給者番号③				
公費負担 番号④					公費負担 医療の受 給者番号④				

保険者  
番号

3 6 \* \* \* \* \*

10 9 (5)

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男 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  
診療関  
の所在  
地及び  
名称

( 姓 )

傷病名	(1)	(2)	(3)	診療開始日	年月日	転院	年月日	中止	年月日	診療公費①	日	診療公費②	日
-----	-----	-----	-----	-------	-----	----	-----	----	-----	-------	---	-------	---

医療費の給付	請求点	111	減点	定率	一部負担額	円
	公費①	111	減点	定率	222	円
	公費②	111	減点	定率		円
	公費③		減点	定率		円
	公費④		減点	定率		円

※高額療養費 円 ※公費負担点数 点 ※公費負担点数 点

県率45の対象額に対する自己負担額が、600円未満の場合は、1円単位で記入をお願いします。  
例2の場合は【222】と記入をお願いします。