

事 務 連 絡
平成27年4月6日

各保険医療機関開設者
各保険薬局開設者
各訪問看護ステーション開設者 殿

徳島県国民健康保険団体連合会

レセプトの記載について（お願い）

平素は、本会の審査支払業務につきまして、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。
公費一部負担金の記載方法及び公費負担者番号の記載順について、次のことにご留意
のうえ、レセプトの提出をお願いします。

1 公費一部負担金の記載方法

公費負担者医療に係る患者の負担額（自己負担額が発生する国公費）について入院
及び外来受診で窓口徴収額が発生しない（月額自己負担上限額に達したため等）場合
について、公費一部負担金欄に0円と記載ください。（空白は不可）

2 公費負担者番号の記載順について

公費負担者番号の記載順（国の公費と県単独事業との併用時）については、国の公
費が優先されるため、国の公費負担者番号の次に県単独事業の乳幼児等医療（45）
（48）（47）重度医療（46）の記載をお願いします。

徳島県国民健康保険団体連合会
審査課 第1係
088-666-0115