

事務連絡
平成28年10月6日

各保険医療機関 開設者
各保険調剤薬局 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
(公 印 省 略)

ひとり親家庭等医療費助成事業に係る診療（調剤）報酬明細書
記載方法について（通知）

このことについて、平成28年10月1日より拡充されることにより、「ひとり親家庭等医療費助成事業に係る診療（調剤）報酬明細書について」、「ひとり親家庭等医療費助成事業公費負担者番号」、「ひとり親家庭等医療費助成事業に係る診療（調剤）報酬明細書記載例」を作成しましたので送付します。

また、同じものを本会ホームページにも掲載しておりますので、拡充内容等に留意し、請求されますようお願いいたします。

徳島県国民健康保険団体連合会
審査課
電話 088-666-0114

ひとり親家庭等医療費助成事業に係る診療（調剤）報酬明細書について

- 1 ひとり親家庭等医療費助成事業の拡充開始について
平成 28 年 10 月 1 日から

- 2 助成対象について

	ひとり親家庭の父母	ひとり親家庭の児童	父母のない児童
入院	助成対象 一部自己負担なし（食事療養費については助成対象外です）		
外来	助成対象外	助成対象 一部自己負担 1,000 円	

※診療報酬明細書ごとに 1,000 円を限度とします。

※薬局での一部負担金は発生しません。

- 3 公費負担者番号について
市町村から新たに「ひとり親家庭等医療費受給者証」が交付されます。
公費負担者番号は別添①を参照ください。

- 4 診療（調剤）報酬明細書の記載方法
記載例については別添②を参照ください。

(1) 公費負担者番号欄

医科・調剤・訪問看護分

国保との 2 者併用の場合「49」で始まる公費負担者番号を公費負担者番号①に記載ください。

また国保、国の公費「10：感染症適正医療」「15：更正医療」「54：難病」等との 3 者併用の場合は、公費負担者番号①には国の公費負担者番号を記載し、公費負担者番号②に「49」から始まる公費負担者番号を記載ください。

歯科分

国保との 2 者併用の場合「49」で始まる公費負担者番号を公費負担者番号①に記載ください。

また国保、国の公費「10」「15」「54」等との 3 者併用の場合は、公費負担者番号①には国の公費負担者番号を記載し、公費負担者番号②に「49」で始まる公費負担者番号、公費受給者番号を摘要欄に記載ください（他の県単独事業「45」「46」等と同様）。

(2) 一部負担金額欄

医科・歯科分

①外来

「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ください。なお、患者負担相当額が 1,000 円に満たない場合について、1 円単位で記載ください。

②入院

記載は必要ありません。

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（他の県単独事業と同様）。

訪問看護分

「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 1,000 円に満たない場合については 1 円単位で記載ください。

5 他の公費（県単独事業、国の公費）との関係

(1) 乳幼児等（はぐくみ）医療費助成「45・47・48」との関係について

①外来

窓口で両方【乳幼児等（はぐくみ）、ひとり親】の受給者証の提示があった場合は、乳幼児等（はぐくみ）医療費助成を優先してください。乳幼児等（はぐくみ）医療費助成事業の一部自己負担額がひとり親家庭等医療の一部自己負担額より少額のため。

診療（調剤）報酬明細書には、乳幼児等（はぐくみ）医療費助成のみを記載ください（公費 49 と他の県単独事業負担者番号が記載されていれば、返戻扱いとなります）。

②入院

窓口で両方【乳幼児等（はぐくみ）、ひとり親】の受給者証の提示があった場合は、発行元である各市町村にどちらを優先させるか等を確認し、診療報酬明細書は、どちらか一方の県単独事業負担者番号の記載をお願いします。

(2) 重度心身障がい者等に対する医療費の助成「46」との関係について

外来、入院問わず窓口で両方（重度、ひとり親）の受給者証の提示があった場合は、発行元である各市町村にどちらを優先させるか等を確認し、

診療報酬明細書は、どちらか一方の県単独事業負担者番号の記載をお願いします。

(3) 国の公費との関係について

「15：更正医療」「54：難病」等との併用の場合は、公費一部負担金は、償還給付の取扱いとなります。

※「10：感染症適正医療」と併用の場合のみ、公費一部負担金は現物給付の取扱いとなりますので、ご注意ください。

6 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

ひとり親家庭等医療費助成事業公費負担者番号

	市町村名	公費負担者番号
1	徳島市	49360019
2	鳴門市	49360027
3	小松島市	49360035
4	阿南市	49360043
5	吉野川市	49360514
6	阿波市	49360522
7	美馬市	49360530
8	三好市	49360548
9	勝浦町	49360050
10	上勝町	49360068
11	佐那河内村	49360076
12	石井町	49360084
13	神山町	49360092
14	那賀町	49360621
15	牟岐町	49360191
16	美波町	49360647
17	海陽町	49360654
18	松茂町	49360233
19	北島町	49360241
20	藍住町	49360258
21	板野町	49360266
22	上板町	49360274
23	つるぎ町	49360613
24	東みよし町	49360639

ひとり親家庭等医療費助成事業に係る 診療（調剤）報酬明細書記載例

2016年10月

徳島県国民健康保険団体連合会審査課

【記載例 1】 医科・外来

○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 医科 2 公費		3 後期 4 退職		1 単独 2 併 3 3併		2 本外 4 就学前 6 家外		8 高外 0 高外7	
平成 年 月 分										保険者 番号		* * * * *		* * * * *		* * * * *		* * * * *		10 9 8 ⑦ ()			
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 番号①	4	9	3	6	* * * * *					* * * * *													
公費負担 番号②					公費負担 医療の受 給者番号②																		
氏名										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												「49」の対象額に対する自己負担額が1,000円を 超えていることから、公費①一部負担金には【1,000】 の記載をお願いします。											
職務上の事由										1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害													
療 保 險 の 公 費 給 付	請求点	600			※	決定点				一部負担金額	()												
	公費① 公費②	600			点	※	点				減額 割(円)免除・私猶予	1,000											
	※ 高額療養費 円				※	公費負担点数				※													

【記載例 2】 医科・外来

○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 医科 2 公費		3 後期 4 退職		1 単独 2 併 3 3併		2 本外 4 就学前 6 家外		8 高外 0 高外7	
平成 年 月 分										保険者 番号		* * * * *		* * * * *		* * * * *		* * * * *		10 9 8 ⑦ ()			
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 番号①	4	9	3	6	* * * * *					* * * * *													
公費負担 番号②					公費負担 医療の受 給者番号②																		
氏名										特記事項		保 険 医 療 機 関 の 所 在 地 名											
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . 生												「49」の対象額に対する、自己負担額が1,000円未満 の場合は、1円単位での記載をお願いします。 この場合は【933】になります。											
職務上の事由										1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害													
療 保 險 の 公 費 給 付	請求点	311			※	決定点				一部負担金額	()												
	公費① 公費②	311			点	※	点				減額 割(円)免除・私猶予	933											
	※ 高額療養費 円				※	公費負担点数				※													

【記載例 3】 歯科・外来

○診療報酬明細書 (歯科)										都道府 県番号	医療機関コード	1 医科	①社・国 2公費	3後 4退職	期 職	1単独 ②併 33併	2本外 4就学前 ⑥家外	8高外 0高外7	
平成 年 月 分										保険者 番号	*	*	*	*	*	*	10	9	8
市町村 番号										老人医療 の受給者 番号									
公費負担 番号①	4	9	3	6	*	*	*	*	*	公費負担 医療の受 給者番号①	*	*	*	*	*	*	*	*	*
氏名										被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号									
1男 2女 1明 2大 3昭 4平										「49」の対象額に対する自己負担額が、1,000円を 超えていることから、公費①一部負担金には【1000】 の記載をお願いします。									
職務上の事由										1職務上 2下船後3月以									
摘要										水 点	1,000	点	合計	1,000		点			
										患者負担額 (公費)	1,000	円	決定	*			点		
										高額療養費	*	円	一部負担 金額	減額 割(円) 免除・支払猶予					

【記載例 4】 歯科・外来

○診療報酬明細書 (歯科)										都道府 県番号	医療機関コード	1 医科	①社・国 2公費	3後 4退職	期 職	1単独 ②併 33併	2本外 4就学前 ⑥家外	8高外 0高外7	
平成 年 月 分										保険者 番号	*	*	*	*	*	*	10	9	8
市町村 番号										老人医療 の受給者 番号									
公費負担 番号①	4	9	3	6	*	*	*	*	*	公費負担 医療の受 給者番号①	*	*	*	*	*	*	*	*	*
氏名										被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号									
1男 2女 1明 2大 3昭 4平										「49」の対象額に対する自己負担額が、1,000円 未満の場合は、1円単位での記載をお願いします。 この場合は【999】となります。									
職務上の事由										1職務上 2下船後3月以									
摘要										水 点	333	点	合計	333		点			
										患者負担額 (公費)	999	円	決定	*			点		
										高額療養費	*	円	一部負担 金額	減額 割(円) 免除・支払猶予					

【記載例 5】調剤・外来

○ 調剤報酬明細書										都道府 業局コード 県番号		1 ①社・国 3 後期 1 単独 2 本外 8 高外 医科 2 公費 4 退職 ②2 併 4 就学前 3 3 併 ⑥ 家外 0 高外7			
平成 年 月 分										保険者 番号		* * * * *		給付割合 10 9 8 ⑦ ()	
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					
公費負担者 番号①	4	9	3	6	* * * * *	公費負担 医療の受 給者番号②				* * * * *					
公費負担者 番号②						公費負担 医療の受 給者番号②									
氏名										特記事項		保険 療機 の所 地及 名		調剤報酬明細書の場合、他の県単独事業同様、公費①一部負担金額への記載は不要です。	
職務上の事由										1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害					
療 養 の 給 付	保 険	請 求 点	※		決 定 点	一 部 負 担 金 額									
	公 費 ①	1,000				減額割(円)受払猶予		円							
	公 費 ②	1,000				円									

【記載例 6】訪問看護・外来

○ 訪問看護療養費明細書										都道府 訪問看護ステーションコード 県番号		1 ①社・国 3 後期 1 単独 2 本外 8 高外 医科 2 公費 4 退職 ②2 併 4 就学前 3 3 併 ⑥ 家外 0 高外7			
平成 年 月 分										保険者 番号		* * * * *		給付割合 10 9 8 ⑦ ()	
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					
公費負担者 番号①	4	9	3	6	* * * * *	公費負担 医療の受 給者番号②				* * * * *					
公費負担者 番号②						公費負担 医療の受 給者番号②									
氏名										特記事項		訪問看護 ステーション の所在地 及		「49」の対象額に対する、自己負担額が1,000円を超えていることから、公費①一部負担金には【1,000】の記載をお願いします。	
訪問した住所										1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害					
合 計	保 険	請 求 円	※		決 定 円	負 担 金 額				※高額療養費					
	公 費 ①	4,000				円		円		※公費負担金額		円		備 考	
	公 費 ②	4,000				円		円		※公費負担金額		円			

【記載例 9】請求点数に差がある償還給付の場合

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 医科	①社・国 2公費	3後期 4退職	1単独 2併 3併	2本外 4就学 6家外	8高外 0高外7
市町村 番号					*	*	*	*	1098
老人医療 の受給者 番号									⑦ ()
公費負担 者番号①	5:4	3:6	***	*	公費負担 医療の受 給者番号①	***	***	***	
公費負担 者番号②	4:9	3:6	***	*	公費負担 医療の受 給者番号②	***	***	***	
氏名	特記事項		3者併用の場合、国の公費が優先されますので、公費負担者番号①に国の公費負担者番号を記載し、公費負担者番号②に県単独事業負担者番号の記載をお願いします。						
1男 2女 1明 2大 3昭 4平	職務上の事由		1職務上 2下船後						
請求 点	8,000		請求点数に差がある場合は保険から公費① 該当点数を引いた点数の記載をお願いします。 この場合は【3,000】になります。						
公費① 給付	5,000		減額 割(円)免除・支払猶予		2,500				
公費② 付	3,000				※高額療養費 円 ※公費負担点数点 ※公費負担点数点				

《参考》公費54:難病との併用の場合は、償還給付となるため以下のようなになる



