

「医科」

媛国保連第 262号
平成15年5月20日

保険医療機関
保険薬局 各位

愛媛県国民健康保険団体連合会
(公 印 省 略)

福祉医療費（重心・乳幼児・母子）等の請求事務について（依頼）

平素、本会への国保診療報酬請求事務につきまして格別のご高配を賜わり厚くお礼申し上げます。

さて、この度 県下市町村の要望、保険医療機関様を始め諸機関の事務の簡素化等を考慮し、福祉医療費（重心・乳幼児・母子）等の審査支払業務を市町村の受給者証の更新時期であります平成15年7月診療分から実施する事となりました。

つきましては、様式、請求方法としまして別添資料をご送付いたしますので、請求事務におきまして何卒ご理解、ご協力をいただきたくご依頼申し上げます。

福祉医療費(重心・乳幼児・母子)取り扱い開始時期について

平成 15 年 7 月診療分～

(8 月請求分～)

福祉医療（県単独事業及び市町村単独事業）の請求方法について

（ 国 保 ）

＊ 福祉医療については、新しく公費負担者番号を設定します。

国保診療報酬総括表

記載要領

福祉医療及び市町村単独事業については、請求書の「公費負担」欄の「公費と医保（老人）」欄に記載した各保険者の合計を国保診療報酬総括表の「公費負担」欄に記載して下さい。

国保診療報酬請求書

記載要領

「公費負担」欄の「公費と医保（老人）」欄について

1. 医療保険・老人医療・公費負担医療・福祉医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療及び福祉医療に係る分を合算して記載して下さい。
2. 「件数」欄には、公費負担医療及び福祉医療の明細書の合計を記載して下さい。また、医療保険に公費負担医療と福祉医療の２種併用の場合は、１枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は２件となります。
3. 「点数」欄には、明細書の「療養の給付」欄の「公費」の項に係る「請求」の項に記載した点数を、公費負担医療及び福祉医療を合計して記載して下さい。

国保診療報酬明細書

記載要領

福祉医療及び市町村単独事業については、新しく公費負担者番号を設定し記載要領については、公費負担医療に準ずる事とします。

＊ 「公費負担者番号①」欄及び「公費負担者番号②」欄について

- ・ 優先順位にそって福祉医療費公費負担者番号 8 桁を記載して下さい。
- ・ 公費負担医療と福祉医療が併用する場合は、公費負担医療を「公費負担者番号①」欄（第 1 公費）に、福祉医療を「公費負担者番号②」欄（第 2 公費）に記載して下さい。

* 公費負担医療と福祉医療の併用が3種を超える場合は、レセプト摘要欄に残りの公費番号及び受給者番号・実日数を、第3公費として記載して下さい。

* 「公費負担受給者番号①」欄及び「公費負担受給者番号②」欄について

・各福祉医療制度の受給者番号7桁を記載して下さい。

・公費負担医療と福祉医療が併用する場合は、公費負担医療の受給者番号を「公費負担受給者番号①」欄（第1公費）に、福祉医療の受給者番号を「公費負担受給者番号②」欄（第2公費）に記載して下さい。

* 公費負担医療と福祉医療の併用が3種を超える場合は、レセプト備考欄に残りの公費番号及び受給者番号・実日数を、第3公費として記載して下さい。

・第3公費の記入について

「療養の給付」欄及び「食事療養」の欄の公費②の欄をそれぞれ上下に区分し、上欄には第2公費に係る事項を、下欄には第3公費に係る事項を記載して下さい。

レセプト記入の変更と追加について

● 「氏名」欄の変更について

生年月の記入を生年月日まで記載して下さい。

● 「摘要」欄の追加について

福祉医療に係る診療日を記載して下さい。

市町村単独事業

福祉医療制度の延長との考え方から、制度ごとの公費負担者番号以外は、福祉医療と同様の扱いとなります。

診療報酬明細書

都道府県番号 医療機関コード

平成 15年 7月分

1 ① 社国	3 老人	1 単独	② 本外
2 公費	4 退職	2 2併	6 家外
		3 3併	

市町村番	5	1	3	8	6	0	2	7
公費負担者①	8	1	3	8				
公費負担者②								

保険者番号									10	9	8
被保険者証・手帳等の記号・番号											

公費負担医療・福祉医療の2種併用なら3併 (第3公費がある場合は、4併に修正)

氏名										
職上の事由	1 離職上	2 下船後3月以内	3 通勤災害							

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

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

③ 指導	往診	回	点
④ 在宅	深夜・緊急在宅患者訪問診療	回	点

⑤ 投薬	① 内服	薬剤調剤	×	単位	回	点
	② 外用	薬剤調剤	×	単位	回	点

⑥ 注射	① 皮下筋肉内	回	点
	② 静脈内	回	点

⑦ 処置	薬剤	回	点
⑧ 手術	薬剤	回	点

⑨ 検査	薬剤	回	点
⑩ 画像	薬剤	回	点

療養の給付	公費①	1,000	点
	公費②	0	点

例	1 日 . 7 日 . 14 日
---	------------------

福祉医療に係る日数 (この例では、福祉医療費は第1公費が支払ってしまう為、対象点数がないので必ず0日の記入が必要)

福祉医療費対象額(2000円)に係る診療日を記入

第3公費がある場合は、この辺りの摘要欄に記入

公費及び福祉医療費公費負担者番号	実日数
公費及び福祉医療費受給者番号	

患者は実際には窓口で支払っていないが、本来支払う金額を記入 (福祉医療対象負担額)

高額療養費	公費負担点数	公費負担点数
-------	--------	--------

診療報酬明細書

(医科入院外)

平成 年 月 分

都道府
県番号

医療機関コード

1 医科	1 社国 2 公費	3 老人 4 退職	1 単独 2 2併 3 3併	8 高外9 0 高外8
保険者番号 福祉医療単独なら2併				給付割合 10 9 8 7 ()

市町村 番号 2 7	老人医療 の受給者 番号
公費負担 者番号① 8 1 3 8	公費負担 医療の受 給者番号①
公費負担 者番号②	公費負担 医療の受 給者番号②

被保険者 番号	被保険者 証・被保険者 手帳等の記号・番号
------------	-----------------------------

氏名	福祉医療費 公費負担者番号	福祉医療費公費負担 受給者番号
1男 2女 1児 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		

の所在
地及び
名称

傷病名 (1) (2) (3)	生年月日まで記入	診療開始日 (1) 年 (2) 年 (3) 年	福祉医療費に係る日数が、 保険日数と同じ場合は 5日 または スペース
--------------------------	----------	----------------------------------	---

⑪ 初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費点数
⑫ 再診	外来管理加算	×	回	
再診	時間外	×	回	
診	休日	×	回	
	深夜	×	回	
⑬ 指導				
⑭ 在宅	往診 夜間 深夜・緊急 在宅患者訪問診療 その他 薬剤		回 回 回 回	
⑮ 投薬	②①内服 { 薬剤 調剤	×	単位 回	
	②②屯服 薬剤		単位 回	
	②③外用 { 薬剤 調剤	×	単位 回	
	②④処方 毒基	×	回 回	
	②⑤麻調		回	
⑯ 注射	③①皮下筋肉内		回	
	③②静脈内		回	
	③③その他		回	
⑰ 処置			回	
⑱ 手術	薬剤		回	
⑲ 検査	薬剤		回	
⑳ 画像診断	薬剤		回	
㉑ その他	処方せん			
	薬剤			

例
1日 7日 14日 20日 25日

福祉医療費に係る
診療日を記入

福祉医療点数が、
療養の給付の請求点数と同じ場合は
3000点 または スペース

療養の給付	請求点	決定点	一部負担金	円
	3,000			
公費①	点	※	点	円
公費②	点	※	点	円
			※ 高額療養費	円
			※ 公費負担点数	点
			※ 公費負担点数	点

(医科入院)

医療機関コード

1	① 社国	3 老人	1	单独	① 本入
医	2 公費	4 退職	②	2 併	5 家入
科			3	3 併	
					給付割合
					10 9 8
					7 ()

福祉医療単独なら2併

市 町 村					燃 料 費 受 給 者 番 号
番 号					老 人 受 給 者 番 号
公 費 負 担 者 ①	8	3	3	8	公 費 負 担 者 ①
公 費 負 担 者 ②					公 費 負 担 者 ②

保 険 者 番 号							給付割合	10 9 8 7 ()
福祉医療単独なら2併								
被 保 険 者 証 ・ 被 保 険 者 手 帳 等 の 記 号 ・ 番 号								

区分	精神	結核	特例	老人	福祉医療費 公費負担者番号	福祉医療費公費負担 受給者番号	医療機関 の所在 地及び 名称
氏名							
1男 2女	1男	2女	3昭	4平			
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)	生年月日まで記入	診療開始日	(1)	年	月	日	転	治ゆ	死亡	中止	診療実日数	保険公費①	31	日
	(2)			(2)	年	月	日						15	公費②	日
	(3)			(3)	年	月	日							公費③	日

⑪	初 診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数
⑫	指 導				公① 公② 公③
⑬	在 宅				

服 服 用 劑 毒 基	位 位 位 位 日 日	單 單 單 單	②① ②② ②③ ②④ ②⑤ ②⑦	內 屯 外 調 麻 調	投 藥
----------------------------	----------------------------	------------------	----------------------------------	----------------------------	--------

③ 注 射	① 皮下筋肉内	□
	② 静脈内	□
	③ その他	□
④		□

剂	菜	处
置		

50	回
手術 麻酔 薬 剤	

60 検	回	
---------	---	--

查	藥	劑	
70		同	

畫像 診斷 藥 劑

80	713	
7		

の 他	薬 劑	
--------	--------	--

入院年月日		年	月	日
病	診	⑨ 入院基本料・加算		

	X	日間
	X	日間

	X	日間
	X	日間
		日間

入		×	日 日
---	--	---	--------

② 特定入院料・その他
 増外医療費に係る上料

福祉区療養に係る点数

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

求	点	※	決	定	点	負担金額	円
---	---	---	---	---	---	------	---

公	10,000		
公		点※	点

①	3,000			
---	-------	--	--	--

第2公費	点※	点	円
第3公費	第2公費に上る場合 公費②に上る		

第3公費がある場合、公費②の欄を
上段(第2公費)・下段(第3公費)に

診療開始日	(1)	年	月	日	転 入	中止	死亡	治 癒	診療 実日数	保険 公費① 公費②	31	日
	(2)	年	月	日							15	日
	(3)	年	月	日								日

生年月日まで記入

福祉医療15日間に係る
診療日を記入

例

1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日
10日	11日	12日	13日	14日	15日			

公費分点数があれば、福祉医療費分についても記入

第3公費がある場合は、この辺りの摘要欄に記入

第3公費

公費及び福祉医療費公費負担者番号	実 日 数
公費及び福祉医療費受給者番号	

福祉医療費に係る点数

※高額療養費		円×		日間		※公費負担点数		点	
⑦ 食 事	基準	円×		日間		※公費負担点数		点	
		円×		日間					
		円×		日間					
食 事 療 養	保険	日	請求	円	※	決定	円	(標準負担額) 円	
	31								
	公費①	日			円	※		円	円
公費②	日	0	0	円	※		円	0	円
食事療養費は、福祉医療費対象外									

食事療養費は、福祉医療費対象外となる為 0円 を必ず記入

第3公費がある場合、公費②の欄を
上段(第2公費)・下段(第3公費)に
分けて記入

(医科入院)

都道府
県番号

医療機関コード

平成15年 7月分

1	1 社国	3 老人	1	単独	7 高入9
医科	2 公費	4 退職	2	2併	9 高入8
			3	3併	
				給付割	10 9 8
医療・福祉医療の2種併用なら3併 がある場合は、4併に修正)					()
院 名					
番 号					

市 町 村	2 7				老 人 医 療 者 号				
番 号					給 付 受 給 者 番 号				
公 担 者 負 担 者 ①	1 0				公 担 者 負 担 者 ①				
公 担 者 負 担 者 ②	8 1 3 8				公 担 者 負 担 者 ②				

区分	精神	結核	特例	老人	療養	複合	複療	経	頂
氏名	福祉医療費 公費負担者番号				福祉医療費公費 受給者番号				
1男 2女	1男	2大	3昭	4平					
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	生年月日まで記入	
	(1)	(2)
(3)		

診療開始日	(1)	年	月	日	転 入	治 癒	死 亡	中 止	保 険 公 費 ① 公 費 ②	診療日数	31 日
	(2)	年	月	日						診療日数	○ 日
	(3)	年	月	日						診療日数	○ 日

⑪	初 診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点數
⑬	指 導				公① 公② 公③
⑭	在 宅				

②① ②② ②③ ②④ ②⑤ ②⑥ ②⑦	内屯外調 麻調	服用劑毒基	單位 單位 單位 日日	それそ
②⑧ ②⑨ ②⑩ ②⑪ ②⑫ ②⑬ ②⑭ ②⑮ ②⑯ ②⑰ ②⑱ ②⑲ ②⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	投薬			

③⑩ 注射	③⑪ 皮下筋肉内	回	1)の円
	③⑫ 静脈内	回	
	③⑬ その他	回	

④0 処置	回	
薬	劑	

50	回
手術 麻酔 薬 劑	

60 検査	藻 類	回
-------	-----	---

70	木	71	日
画診	黄	名	
傍断			

⑧0 その他	薬 劑	回	
-----------	-----	---	--

50	入院年月日		年	月	日
	病	診	⑤ 入院基本料・加算		
					点

		日間
	×	日間
	×	日間
	×	日間

入 第1公費に係る点数及び一部負担金 間
間

院	92 特定入院料・その他	①

第2公費に係る点数及び一部負担金	(25,000)
	(25,000)

療 費	請 求 50,000	決 定 50,000	負擔金額 50,000
--------	------------------	------------------	----------------

の 給	公費 ①	25,000	点	※	点	円
						37,500

点※ 点 円
 25,000 ←
 患者は実際には支払っていない

※高額療養費			円	※公費負担点数	点
⑦食事	基準	円 × 日間	円	※公費負担点数	点
		円 × 日間			
		円 × 日間			
食保 事險	日	請 求	円	※ 決 定	円 (標準負担額) 円
	31				
	日		円	※ ②	円
費 ①	0	0			0
	日		円	※	円
費 ②	0	0			0

患者は実際には支払っていないが、
本来支払う金額を記入
(福祉医療対象金額)

食事療養費は、福祉医療対象外となる為 0円 を必ず記入

福祉医療（県単独事業及び市町村単独事業）請求方法について

（ 社 保 ）

社保用総括表 仕様項目

* 福祉医療については、新しく公費番号を設定します。

- 重心 8 1（市町村単独事業 7 1 を含む）
- 乳幼児 8 2（市町村単独事業 7 2 及び歯科外来事業 7 4 を含む）
- 母子 8 3（市町村単独事業 7 3 を含む）

それぞれ別々にし、助成事業ごとに請求して下さい。

- 総括表の集計作成上、11 市町村を超える場合は、同様に 2 枚目を使用し、その最初の合計欄に全市町村集計を記載して下さい。
- 別紙 参考 1－1 の要領で、各市町村単位別に編綴し市町村番号順に綴じて下さい。

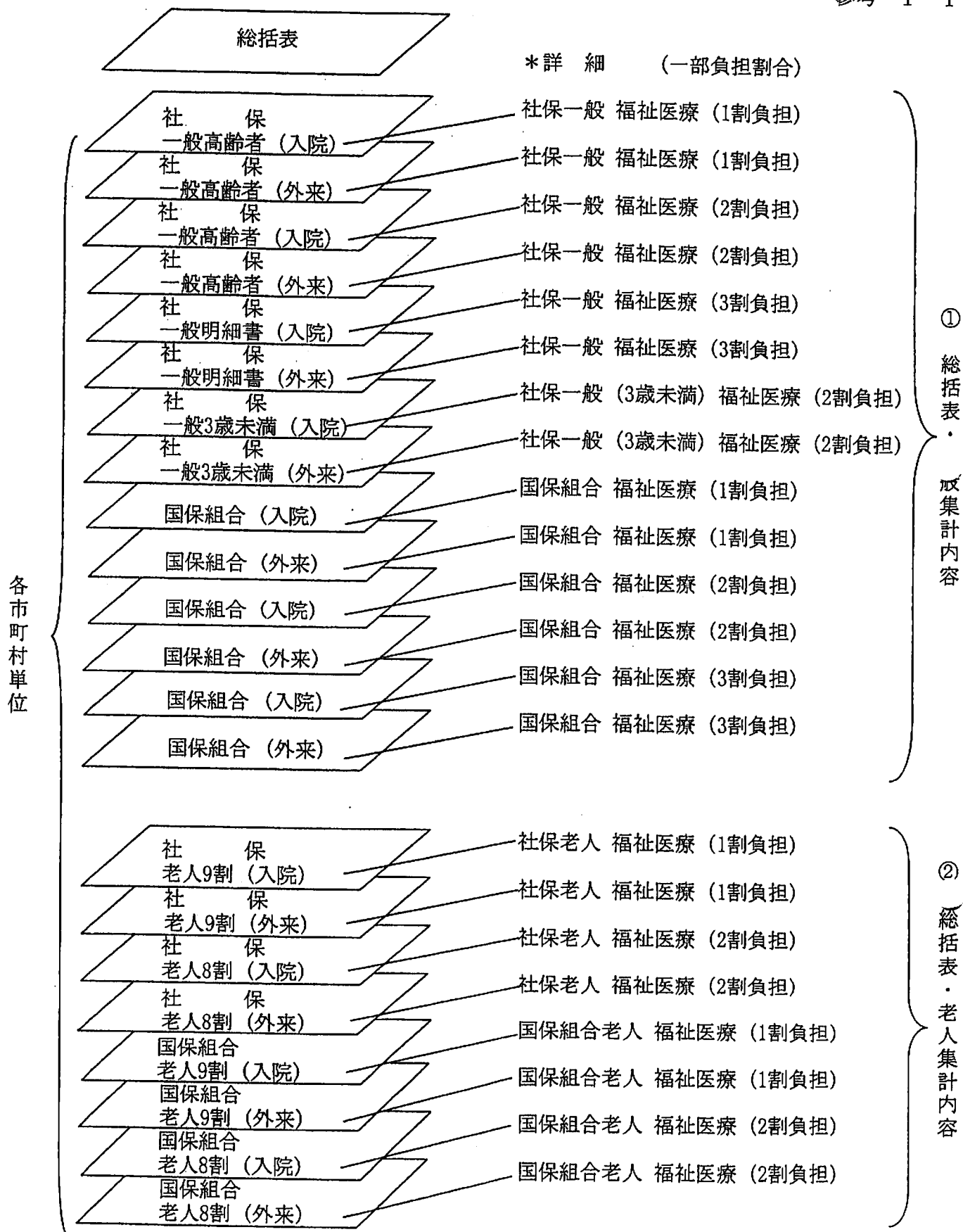
福祉医療費支給申請・請求明細書（社保） 記載要領

* 福祉医療については、新しく公費負担者番号を設定します。

1. 別紙例を参考に、必要箇所すべてに記入して下さい。
2. 種別欄、2. 国保 3. 退本 4. 退家 は、県外医療機関の使用となります。（県外分については、従来通り市町村への請求となります。）
3. 公費併用時の請求金額に少数点以下が発生する場合は、請求金額欄に少数点以下第一位の位まで記入して下さい。
4. 月遅れ請求分で薬剤一部負担金がある場合、請求金額欄・上部に記入して下さい。
5. 旧総合病院は、診療科コード欄に診療科コード（レセプト記載要領と同じコード）番号を記入して下さい。

福祉医療費(市町村単独事業を含む) 支給申請・明細書の編綴方法について

参考 1-1



①各市町村単位ごとに申請・請求書を編綴し、市町村番号順にまとめて下さい。

②市町村単独事業分(71・72・73・74)については、それぞれ種別毎に分けた福祉医療(81・82・83)の下に編綴して下さい。

平成 年 月分福祉医療費総括表

様式コード	保険医療機関コード
81 (71)	
82 (72・74)	
83 (73)	

医療機関等
所在地

名 称

		コード番号										請求件数	請求金額
1	公費負担者番号											一般	別紙 参考 1-1 ①
	市町村名 A											老人	
2	公費負担者番号											一般	別紙 参考 1-1 ②
	市町村名 B											老人	
3	公費負担者番号											一般	
	市町村名 C											老人	
4	公費負担者番号											一般	
	市町村名 D											老人	
5	公費負担者番号											一般	
	市町村名 E											老人	
6	公費負担者番号											一般	
	市町村名 F											老人	
7	公費負担者番号											一般	
	市町村名 G											老人	
8	公費負担者番号											一般	
	市町村名 H											老人	
9	公費負担者番号											一般	
	市町村名 I											老人	
10	公費負担者番号											一般	
	市町村名 J											老人	
11	公費負担者番号											一般	
	市町村名 K											老人	
合 計	総市町村数											一般計	② 全集計
	市町村											老人計	

別紙 参考 1-1
・編綴した申請・請求明細書を、市町村番号順に綴じて下さい。
・福祉医療公費負担者番号・市町村単独事業公費負担者番号 毎に集計し、綴じた順に記載して下さい。

① 全集計

② 全集計

*・様式コード欄…重心81(71を含む)・乳幼児82(72・74を含む)・母子83(73を含む) をそれぞれ○印で囲んで下さい。

平成 年 月分福祉医療費総括表

様式コード	保険医療機関コード
81 (71)	
82(72-74)	
83 (73)	

医療機関等
所在地

名 称

		コード番号												請求件数	請求金額
1	公費負担者番号											一般			
	市町村名											老人			
2	公費負担者番号											一般			
	市町村名											老人			
3	公費負担者番号											一般			
	市町村名											老人			
4	公費負担者番号											一般			
	市町村名											老人			
5	公費負担者番号											一般			
	市町村名											老人			
6	公費負担者番号											一般			
	市町村名											老人			
7	公費負担者番号											一般			
	市町村名											老人			
8	公費負担者番号											一般			
	市町村名											老人			
9	公費負担者番号											一般			
	市町村名											老人			
10	公費負担者番号											一般			
	市町村名											老人			
11	公費負担者番号											一般			
	市町村名											老人			
合計	総市町村数										一般計				
	市町村										老人計				

*・様式コード欄…重心81(71を含む)・乳幼児82(72・74を含む)・母子83(73を含む) をそれぞれ○印で囲んで下さい。

福祉医療費支給申請・請求明細書

平成 15年 7月診療公

2. 国保 3. 退本 4. 退家 県内医療機関の使用はありませんが、月遅れ請求分の時に使用する事があります。(Q&AのQ4とQ5)

1. 社保 2. 国保 3. 国保組合 1. 一般 2. 老人 3. 退本 4. 退家 前期高齢者 一部負担割合

9 8 1 2 3 割

被保険者証記号・番号 老人医療受給者番号 公費負担医療受給者番号

患者氏名 福祉医療公費負担者番号 男・女 生 福祉医療費公費負担受給者番号 年 月 日

1 診療日数()日間 2 外来 診療日数 ()日間

入院 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

傷病名 *高額療養費(21,000円以上)に該当する時のみ記入して下さい

公費医療がある場合は、それぞれの番号を○印で囲んで下さい。

福祉医療に係る診療日を○印で囲んで下さい。

特定疾病(長) 1 該当する場合は○で囲んで下さい

診療報酬請求明細内訳

報酬点数

他法公費種別、自己負担月額、及び負担額

精神 結核 更生 育成 特疾 その他

1 2 3 4 5 6

自己負担月額 円

公費負担額 円

月遅れ薬剤一部負担金 ヤ 円

請求金額 円

請求年月日 平成 年 月 日

医療機関コード番号	診療科コード*

福祉医療に係る助成金額を記入して下さい。(請求金額に少数点以下が発生する場合は少数点以下第1位の位を切り上げて円の位まで記入して下さい。)

名称

旧総合病院は診療科コード(例・内科) 01 を記入して下さい。

印

備考

*... 種別欄 2. 国保 3. 退本 4. 退家 は、月遅れ分請求時の使用となります。

*... 月遅れ請求分で薬剤一部負担金がある場合、請求金額欄・上部に記入して下さい。

*... 請求金額に少数点以下が発生する場合は少数点第1位の位を切り上げて円の位まで記入して下さい。

診療科コード* 欄... 旧総合病院は診療科コード番号を記入して下さい。

福祉医療費支給申請・請求明細書

平成 年 月診療分

1. 社 保	1. 一 般 3. 退 本	前期高齢者	一部負担割合
2. 国 保	2. 老 人 4. 退 家	9	1
3. 国保組合		8	2
			3 割

保険者 番 号								被保険者証 記号・番号							
市町村 番 号								老人医療 受給者番号							
公費負担者 番 号								公費負担医療 受給者番号							
患者氏名								性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日				
1 入院	診療日数()日間 平成 年 月 日～ 平成 年 月 日				2 外来	診療日数 ()日間				1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 11・12・13・14・15・16・17・18・19・20 21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31					
傷病名 及び 期 間		*高額療養費(21,000円以上)に該当する時のみ記入してください								特定疾病(長)				1	
該当する場合は○で囲んで下さい															
診療報酬請求明細内訳	総診療報酬点数								点						
	他法公費種別、 自己負担月額、 及び負担額	精神	結核	更生	自己負担月額	円									
		1	2	3											
		育成	特疾	その他											
		4	5	6	公費負担額	円									
請求金額								円							

請求年月日 平成 年 月 日

医療機関コード番号	診療科 コード*

医療機関等
所在地

名 称

氏 名

印

備 考

*...種別欄 2. 国保 3. 退本 4. 退家 は、月遅れ分請求時の使用となります。
 *...月遅れ請求分で薬剤一部負担金がある場合、請求金額欄・上部に記入して下さい。
 *...請求金額に少数点以下が発生する場合は少数点第1位の位を切り上げて円の位まで記入して下さい。
 診療科コード*欄...旧総合病院は診療科コード番号を記入して下さい。