

## ■高額療養費の外来現物給付化

### 1. 制度の概要

高額な薬剤費等がかかる患者の負担を軽減するため、従来の入院療養に加え、外来療養についても、同一医療機関での同一月の窓口負担が自己負担限度額を超える場合は、患者が高額療養費を事後に申請して受給する手続きに代えて、保険者から医療機関に支給することで、窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめる取扱い（現物給付化）となります。

<平成24年3月診療分まで>

在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した場合に限り、現物給付化

<平成24年4月診療分以降>

在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料の算定に関係なく、現物給付化

### 2. 施行日

平成24年4月1日

### 3. 対象者

高齢者又は、70歳未満の方で限度額適用認定証を提示された方

### 4. 外来自己負担限度額

<高齢者>

上位（現役並み所得者）	44,400円
一般	12,000円
低所	8,000円

<70歳未満>

上位（現役並み所得者）	150,000円 + (医療費 - 500,000円) × 1% 【 83,400円 】
一般	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% 【 44,400円 】
低所	35,400円 【 24,600円 】

【 】は多数該当の金額

### 5. 患者登録及び所得区分の判定について

<高齢者>

保険の補助区分、所得者情報より所得区分（上位・一般・低所）の判定を行いません。

<70歳未満>

提示された限度額適用認定証の所得区分に応じた保険番号を公費欄に入力します。

上位（現役並み所得者）	966 高額（上位所得者）
一般・低所	967 高額（一般・低所得者）

公費欄入力、所得者情報より所得区分（上位・一般・低所）の判定を行いません。

※ 多数該当の場合は、上記と併せて下記保険番号を公費欄に入力します。

多数該当	965 高額4回目以降
------	-------------

## 6. 70歳未満現物給付の高額療養費計算の合算対象について

## (1) 公費併用分について

公費に患者負担相当額がある事、かつ、主保険の負担相当額が21000円以上である場合が合算対象となります。

<例1>主保険3割+051(上限2500円)

”公費に患者負担相当額がある事”を満たします。

主保険の負担相当額が21000円以上であれば、合算対象。

<例2>主保険3割+051(上限2500円)+地方公費(患者負担なし)

”公費に患者負担相当額がある事”を満たします。

主保険の負担相当額が21000円以上であれば、合算対象。

<例3>主保険3割+地方公費(患者負担なし)

”公費に患者負担相当額がある事”を満たしません。

主保険の負担相当額が21000円以上であっても、合算対象外。

## (2) 主保険単独分について

主保険の負担相当額が21000円以上である場合が合算対象となります。

## 7. 負担金計算について

## &lt;高齢者&gt;

該当する所得区分の自己負担限度額までの負担金計算を行います。

## 【重要】

1月内に主保険単独分と公費併用分が混在し、主保険単独分の診療より公費併用分の診療が後にある場合で、患者負担合計が自己負担限度額に達する場合は、レセプト処理前に、収納業務で一括再計算を行う必要があります。レセプト記載において、公費併用分を優先して計算した一部負担金を記載する為です。一括再計算該当となる場合は、(K03)診療行為入力ー請求確認画面に、“★★ 収納業務で一括再計算を行ってください ★★”とメッセージ表示を行います。一括再計算該当者は収納業務においても検索可能です。

(例) 後期高齢1割 一般区分

1日目 後期高齢単独

請求点数 10000点 患者負担 10000円

2日目 後期高齢+051(上限額5000円)

請求点数 6000点 患者負担 2000円

※ 一括再計算実施後は下記ようになります。

1日目 後期高齢単独

請求点数 10000点 患者負担 7000円 未収額 -3000円

2日目 後期高齢+051(上限額5000円)

請求点数 6000点 患者負担 5000円 未収額 3000円

## &lt;70歳未満&gt;

使用した保険組み合わせ別に高額療養費計算の合算対象であるか判定を行います。

合算対象外分は、自己負担限度額に関係なく患者負担が発生します。

合算対象分は、該当する所得区分の自己負担限度額までの負担金計算を行います。1月内に主保険単独分と公費併用分が混在し、主保険単独分の診療より公費併用分の診療が後にある場合、主保険単独分の高額療養費合算計算を行う為、公費併用分を優先した負担金計算を行いますので、患者負担合計が自己負担限度額を超える場合があります。場合によっては徴収額が不足する場合があります。

## 【重要】

1月内に主保険単独分と公費併用分が混在し、主保険単独分の診療より公費併用分の診療が後にある場合で、患者負担合計が自己負担限度額を超える場合又は徴収額が不足する場合は、会計後に、収納業務で一括再計算を行う必要があります。主保険単独分の負担金計算において、合算対象分から自己負担限度額を求め、患者負担合計と限度額を比較し、調整する為です。一括再計算該当となる場合は、(K03)診療行為入力ー請求確認画面に、“★★ 収納業務で一括再計算を行ってください ★★”とメッセージ表示を行います。一括再計算該当者は収納業務においても検索可能です。

## (例1) 協会3割 一般区分

## 1日目 協会単独

請求点数 25650点 患者負担 76950円

## 2日目 協会+051 (上限額5000円)

請求点数 9330点 患者負担 5000円

※ 一括再計算実施後は下記ようになります。

## 1日目 協会単独

請求点数 25650点 患者負担 75928円 未収額 -1022円

## 2日目 協会+051 (上限額5000円)

請求点数 9330点 患者負担 5000円

## 計算式

## &lt;自己負担限度額&gt;

$$80100 + (349800 - 267000) \times 0.01 = 80928円$$

## &lt;未収額&gt;

$$80928円 - (76950円 + 5000円) = -1022円 \quad \text{患者へ返金}$$

## (例2) 協会3割 一般区分

## 1日目 協会単独

請求点数 49419点 患者負担 82372円

## 2日目 協会+051 (上限額2500円)

請求点数 49419点 患者負担 2500円

※ 一括再計算実施後は下記ようになります。

1日目 協会単独

請求点数 49419点 患者負担 84814円 未収額 2442円

2日目 協会+051(上限額2500円)

請求点数 49419点 患者負担 2500円

計算式

<自己負担限度額>

$80100 + (988380 - 267000) \times 0.01 = 87314円$

<未収額>

$87314円 - (82372円 + 2500円) = 2442円$  患者から徴収

【(K03)診療行為入力ー請求確認画面】のメッセージ表示

8. 一括再計算該当者の検索(収納業務)

(S02) 収納登録ー請求一覧画面右上の【一括再計算該当】ボタンを押下する事により、画面表示月の該当患者一覧を表示します。

該当患者一覧の表示順は、区分(70歳未満・高齢者)、カナ氏名順です。

(S10) 患者一覧画面で番号選択を行うと、請求一覧画面に該当患者の収納情報を表示します。

該当患者が高齢者の場合は”★★ 【高齢者現物給付】一括再計算を行ってください ★★”  
 70歳未満の場合は”★★ 【70歳未満現物給付】一括再計算を行ってください ★★”  
 とメッセージ表示を行います。

該当患者の一括再計算を行うと、請求一覧画面から”一括再計算を行ってください”のメッセージ表示が消えます。又、該当患者一覧からも外れます。

【 (S02) 収納登録-請求一覧画面 】



該当患者の一括再計算実施前のメッセージ表示 (例: 高齢者)

