

平成30年10月から受託する 浜松市医療費助成事業に係る 請求方法及び計算事例

母子家庭等医療費助成事業(84220029)

重度心身障害者(児)医療費助成事業(85220028)

社会保険診療報酬支払基金 静岡支部

平成31年1月版

履 歴

| 日 付 | 内 容 |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 平成 30 年 9 月 14 日 | <ul style="list-style-type: none"> • 事例 7 公費①患者負担金欄 「空欄」→「0」に変更 |
| 平成 31 年 1 月 16 日 (平成 30 年 11 月 13 日付け 浜松市ホームペ ージ掲載の Q & A 追加に よる変更) | <ul style="list-style-type: none"> • 事例 9 検査のみ来院のほかに患者未来院請求等もそれぞれ負担金を徴収 するため、0日でも500円が発生します。 ※また、歯科レセプトでの歯冠修復物未装着の患者未来院請求につ いても同様の取扱いとなります。 <p style="text-align: center;">↓ 全削除</p> |
| 平成 31 年 1 月 16 日 | <ul style="list-style-type: none"> • 計算事例目次の変更。 • 事例 13～事例 15 計算事例追加。 |

《 はじめに 》

○ 「浜松市重度心身障害者医療費助成」の受託について

【制度の概要】

障害のある人が病院などで受診した場合に、保険診療分医療費、保険分薬剤費を助成する制度です。

【実施機関番号】

「85.22.002.8」

【対象医療機関等】

浜松市内に住所を有する保険医療機関・保険薬局・訪問看護ステーション
(柔道整復師の施術に係る療養費は、従来どおり国民健康保険団体連合会へ請求願います。)

【対象者】

身体障害者手帳1級、2級、3級、療育手帳A及びBの一部、精神障害者保健福祉手帳1級の方、特別児童扶養手当1級及び2級の対象児童。

※ 浜松市の受給者証をお持ちの方に限ります。

【自己負担額】

・通院は1医療機関あたり500円/月

※ 薬局での窓口負担はありません。

・入院は1医療機関あたり500円/日(最大10日・上限5,000円)

※ 満20歳未満の受給者が入院した場合は1医療機関あたり500円/月
医療機関では上限5,000円まで徴収し、浜松市から自動償還します。

【その他】

➤入院時食事療養費は助成対象外となります。

➤65歳以上で重度心身障害者医療費助成の資格を得た受給者で、課税世帯の方は入院医療費が助成対象外となります。

【医療費助成事業の受託開始年月】

平成30年10月診療分から

○ 「浜松市母子家庭等医療費助成」の受託について

【制度の概要】

20歳を迎える前日の属する月までの間にある児童がいる母子家庭・父子家庭などの親及び子どもが病気で保険診療を受けた場合に医療費の一部を助成する制度です。

【実施機関番号】

「84.22.002.9」

【対象医療機関等】

浜松市内に住所を有する保険医療機関・保険薬局
(柔道整復師の施術に係る療養費は、従来どおり国民健康保険団体連合会へ請求願います。)

【対象者】

20歳を迎える前日の属する月までの間にある児童がいる母子家庭の母と子・父子家庭の父と子、または父母のいない子で、所得税の非課税世帯。

※ 所得税課税となっている世帯でも「寡婦(夫)控除」のみなし適用をして、所得税非課税世帯と判定された場合は対象になります。

【自己負担額】

・通院・入院ともに1医療機関あたり500円/月

※ 薬局での窓口負担はありません。

【その他】

- 入院時食事療養費は助成対象外となります。
- 訪問看護ステーションは助成対象外となります。

【医療費助成事業の受託開始年月】

平成30年10月診療分から

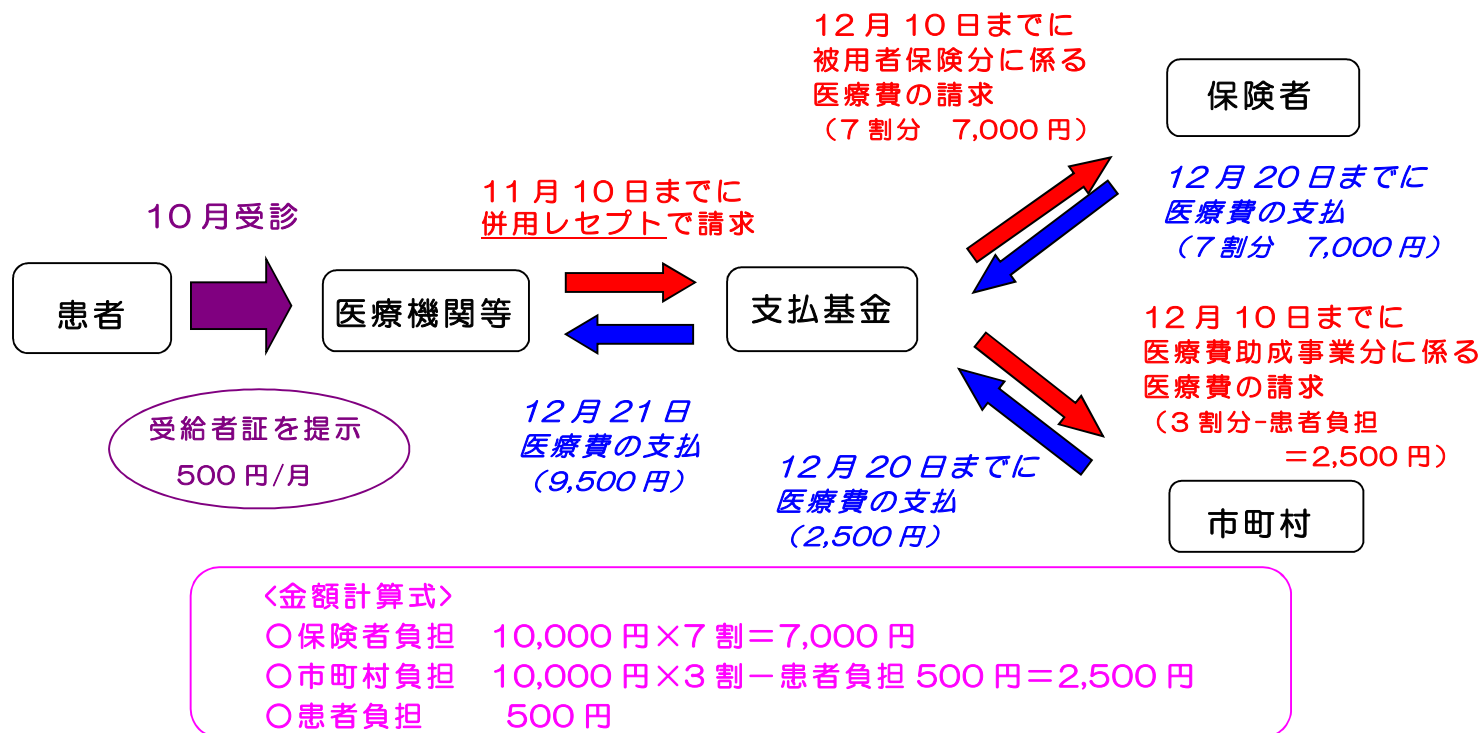
《 目 次 》

ページ No

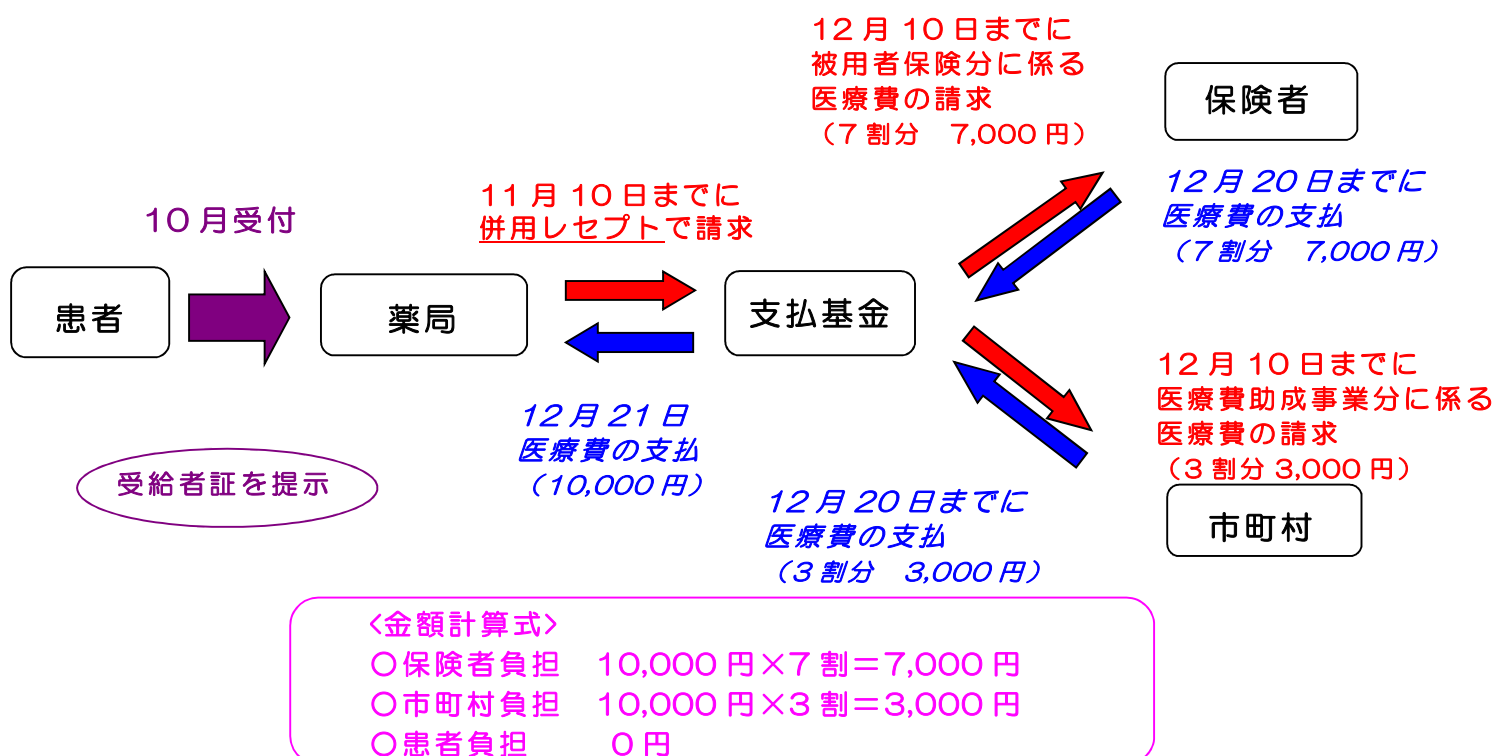
| | |
|-------------------------------|----|
| 1. 請求・支払の流れ | 1 |
| 2. 医療費助成事業のレセプト請求（記載）例 | 2 |
| 3. 医療費助成事業に係る請求書の作成について | 5 |
| 4. 診療報酬明細書等の請求事例 | |
| ○留意事項 | 7 |
| ○医療費受給者証等が提示された場合の自己（公費）負担限度額 | 8 |
| ○計算事例目次 | 10 |

1. 請求・支払の流れ

例1) 浜松市の重度心身障害者(児)医療費・母子家庭等医療費助成対象者が、10月に浜松市の医療機関等を外来受診した場合
(受診日数1日、総医療費10,000円のと看)



例2) 浜松市の重度心身障害者(児)医療費・母子家庭等医療費助成対象者が、10月に浜松市の薬局で受付した場合
(受付回数1回、総医療費10,000円のと看)



【注意】母子家庭等医療費助成については、訪問看護ステーションは対象外です。

2. 医療費助成事業のレセプト請求（記載）例

※ 医療費助成事業に係る公費負担者番号及び同受給者番号を「**公費負担者番号①欄**」・「**公費負担医療の受給者番号①欄**」に記載して下さい。

例 1) 重度心身障害者医療助成受給者証の提示があった患者の場合

| | | | | | | | | |
|----------------------|-----------------|------------------------|----------------------|-------------------------|-----------------|------------------------|----------------------|----------------|
| ○ 診療報酬明細書 (医科入院外) | | 都道府 県番号 22 | 医療機関コード 720,000,0 | 1 ①社・国 2 公費 | 3 後期 4 退職 | 1 単独 ② 2併 3 3併 | 2 本外 4 六外 ⑥ 家外 | 8 高外一 0 高外7 |
| — | | — | | 保険者 番号 | 0 6 2 2 * * * * | 10 9 8 7 () | | |
| 公費負 担者番 号 ① | 8 5 2 2 0 0 2 8 | 公費負担医 療の受給者 番号① | 7 6 5 4 3 2 1 | 被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号 | | 12・345 | | |
| 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 | | |
| 氏 名 | | 基金 花子 | | 2女 | | 3昭 36.1.1生 | | |
| 職務上の事由 | | 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害 | | 保険医 療機関 の所在 名称 | | 静岡県浜松市 〇〇医院 (床) | | |

※ 平成30年10月診療分（11月提出）より、**国公費と医療費助成事業分との三者併用は、現物給付が可能です。**

例 2 を参考に、対象の公費負担者番号、公費受給者番号を**公費の優先順**に「**公費負担者番号欄①**」から記載し、**3者併用レセプトとして請求して下さい。**

例 2) 社保と小児慢性（法別 52）と母子家庭等（法別 84）の3者併用の場合

| | | | | | | | | |
|----------------------|-----------------|------------------------|----------------------|-------------------------|-----------------|------------------------|----------------------|----------------|
| ○ 診療報酬明細書 (医科入院外) | | 都道府 県番号 22 | 医療機関コード 720,000,0 | 1 ①社・国 2 公費 | 3 後期 4 退職 | 1 単独 2 2併 ③ 3併 | 2 本外 4 六外 ⑥ 家外 | 8 高外一 0 高外7 |
| — | | — | | 保険者 番号 | 0 6 2 2 * * * * | 10 9 8 7 () | | |
| 公費負 担者番 号 ① | 5 2 2 2 * * * * | 公費負担 給者番号① | 1 2 3 4 5 6 7 | 被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号 | | 12・345 | | |
| 公費負 担者番 号 ② | 8 4 2 2 0 0 2 9 | 公費負担 給者番号② | 9 8 7 6 5 4 3 | 氏 名 | | 特記事項 | | |
| 氏 名 | | 基金 花子 | | 2女 | | 3昭 36.1.1生 | | |
| 職務上の事由 | | 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害 | | 保険医 療機関 の所在 名称 | | 静岡県浜松市 〇〇医院 (床) | | |

※ 静岡県が実施する「[県単独特定疾患治療研究費の給付\(86.22.602.4\)](#)」も、受給者証の提示があった場合は、3者併用として請求することとなります。

公費の優先順は、**1番・国公費→2番・県単独事業→3番・市単独事業**です。

例3を参考に、3者併用レセプトとして請求して下さい。

例3) 社保と静岡県単独特定疾患(法別86)と重度心身障害者(法別85)の3者併用の場合

| | | | | | | | | |
|----------------------|------------------------|---------------|---------------|-------------------------|--------------------------------|--------|--------|-------|
| ○ 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 ① 社・国 | 3 後期 | 1 単独 | 2 本外 | 8 高外一 |
| 平成 30 年 10 月分 | | 22 | 720,000,0 | 医科 | 2 公費 | 4 退職 | 2 2 併 | 4 六外 |
| | | | | | | ③ 3 併 | ⑥ 家外 | 0 高外7 |
| 公費負担者番号 | 8 6 2 2 6 0 2 4 | 公費負担 給者番号① | 1 2 3 4 5 6 7 | 保険者 番号 | 0 6 2 2 * * * * | 送付割合 | 10 9 8 | 7 () |
| 方① 公費負担者番号 | 8 5 2 2 0 0 2 8 | 公費負担 給者番号② | 7 6 5 4 3 2 1 | 被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号 | | 12・345 | | |
| 氏 | 基金 花子 | | 特記事項 | 保険医 療機関 の所在 名称 | 静岡県浜松市 ○○医院 (床) | | | |
| 職務上の事由 | 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害 | | | | | | | |

重度心身障害者医療費に係るレセプトの作成について

【健康保険組合の被扶養者で重度心身障害者医療費対象者の場合】

※ 窓口で提示された「健康保険被保険者証」及び「重度心身障害者医療費受給資格証」に記載されている、公費負担者番号及び受給者番号を「公費負担者番号①欄」・「公費負担医療の受給者番号①欄」に記載して下さい。

(従前からある国の公費負担医療に係る併用レセプトの作成方法と同様です。)

※ 電子レセプトの場合は、オンライン又は光ディスク等による請求に係る条件仕様に沿った記録をして下さい。

※ 国の公費負担医療がある場合は、公費②欄への記載となります。

| 重度心身障害者医療費受給資格証 | |
|-----------------|-------------|
| 有効期間 | |
| 〈ごあんない〉 | |
| 公費負担番号 | 85220028 |
| 受給者番号 | 〇〇- 1234567 |
| 氏名 | |
| 生年月日 | |
| 自己負担率 | |
| 交付年月日 | |
| 発行機関名 | 市町村長名 |

| 健康保険被保険者証 | |
|-----------|----------|
| 保険者番号 | 06229999 |
| 記号番号 | 12-345 |
| 氏名 | |
| 住所 | |
| 資格取得年月日 | |
| 健康保険組合名 | |

(注)
「- (ハイフン)」前の2桁数字は、レセプトに記載する受給者番号ではありません。
受給者番号は7桁です。

| 診療報酬明細書(医科入院外) | | | | 県番 | 医療機関コード | | |
|----------------|----|----|-------|----------------|-----------|-----|------|
| 平成 年 月 分 | | | | 22 | 720,000,0 | | |
| | | | | 1 医科 | 1 社 | 2 併 | 6 家外 |
| 公費番号① | 85 | 22 | 002 8 | 公費受給① | 123 | 456 | 7 |
| 公費番号② | | | | 公費受給② | | | |
| 氏名 | | | | 特記事項 | | | |
| 1男 2女 平成 . . 生 | | | | 保険医療機関の所在地及び名称 | | | |
| 職務上の事由 | | | | 床 | | | |

(以下略)

3. 医療費助成事業に係る請求書の作成について

医療費助成事業対象のレセプトを、支払基金あてに「紙媒体」で請求される際の診療報酬請求書については、以下の記載例を参考に作成して下さい。
（国公費（生活保護等）に係る記載方法と同様です。）

【医科・歯科医療機関における診療報酬請求書記載例】（調剤薬局・訪問看護ステーションについても同様）

＜ 1 枚目 ＞

平成 年 月 分診療報酬請求書（医科・歯科 入院・入院外併用）

別 記 殿 医療機関コード

保険医療機関の所在地及び名称 開設者氏名 印 入・外

下記のとおり請求します。 平成 年 月 日

| 区 分 | 療 養 の 給 付 | | | | 食 事 療 養 ・ 生 活 療 養 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----|-----------|-------------------|-----|-----|-----------|----|------|--|--|--|--|--|--|--|----|----------------|--|--|--|--|--|--|--|----|-----|--|--|--|--|--|--|--|----|------|--|--|--|--|--|--|--|-------|----------------|--|--|--|--|--|--|--|----|-----|--|--|--|--|--|--|--|----|-----|--|--|--|--|--|--|--|
| | 件 数 | 診 療 実 日 数 | 点 数 | 一 部 負 担 金 | 件 数 | 回 数 | 金 額 | 標 準 負 担 額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療保険 | <table border="1"> <tr> <td>01</td> <td>(協会)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>02</td> <td>(船) 職務上 職務外</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>03</td> <td>(日)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>04</td> <td>(日特)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>31~34</td> <td>(共) 下船3月 一般</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>06</td> <td>(組)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>07</td> <td>(自)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | | | | | | 01 | (協会) | | | | | | | | 02 | (船) 職務上 職務外 | | | | | | | | 03 | (日) | | | | | | | | 04 | (日特) | | | | | | | | 31~34 | (共) 下船3月 一般 | | | | | | | | 06 | (組) | | | | | | | | 07 | (自) | | | | | | | |
| 01 | (協会) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | (船) 職務上 職務外 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | (日) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | (日特) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 31~34 | (共) 下船3月 一般 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | (組) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | (自) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- ※ 請求書の 1 枚目 ⇒ 該当種別の「**医療保険と公費の併用**」欄に請求件数、点数等を記載して下さい。
- 2 枚目 ⇒ 「**公費と医療の併用**」欄の空白行に、該当助成事業ごとに法別番号、請求件数、点数等を記載して下さい。
- ※ 国公費との三者併用の場合は、2枚目の「公費と医療の併用」欄に、**法別番号ごとにそれぞれの請求件数、点数等を記載して下さい。**

＜ 2 枚目 ＞

医療機関コード

入・外

| 区 分 | 療 養 の 給 付 | | | | 食 事 療 養 ・ 生 活 療 養 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----|-----------------|-------------------|-----|-----|-----------|----|------|--|--|--|--|--|--|--|----|-----------|--|--|--|--|--|--|--|----|------|--|--|--|--|--|--|--|----|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| | 件 数 | 診 療 実 日 数 | 点 数 | 一 部 負 担 金 (控除額) | 件 数 | 回 数 | 金 額 | 標 準 負 担 額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 公費と医療の併用 | <table border="1"> <tr> <td>12</td> <td>(生保)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>(感染症37の2)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>84</td> <td>母子医療</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>85</td> <td>重度障害者</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | | | | | | 12 | (生保) | | | | | | | | 10 | (感染症37の2) | | | | | | | | 84 | 母子医療 | | | | | | | | 85 | 重度障害者 | | | | | | | |
| 12 | (生保) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | (感染症37の2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 84 | 母子医療 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 85 | 重度障害者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

様式第一(一)

別記帳

※ 医保本人と「86」の併用を1件、医保6歳と「85」の併用を2件請求する場合の記載方法

下記のとおり請求します。平成 年 月 日

医療機関の所在地及び名称
開設者氏名

印

| 区分 | 件数 | 診療実日数 | 点数 | 一部負担金 |
|------------------------|----|-------|-------|-------|
| 医保 (70以上一般・低所得) と公費の併用 | | | | |
| 01 (協会) | | | | |
| 02 (船) 職務上 | | | | |
| 03 (日) 職務外 | | | | |
| 04 (日特) | | | | |
| 31~34 (共) 下船3月 | | | | |
| 06 (組) 一般 | | | | |
| 63・72~75 (退) | | | | |
| 小計 | | | | |
| 医保 (70以上7割) と公費の併用 | | | | |
| 01 (協会) | | | | |
| 02 (船) 職務上 | | | | |
| 03 (日) 職務外 | | | | |
| 04 (日特) | | | | |
| 31~34 (共) 下船3月 | | | | |
| 06 (組) 一般 | | | | |
| 63・72~75 (退) | | | | |
| 小計 | | | | |
| 医保本人と公費の併用 | 1 | 2 | 1,000 | |
| 01 (協会) | | | | |
| 02 (船) 職務上 | | | | |
| 03 (日) 職務外 | | | | |
| 04 (日特) | | | | |
| 31~34 (共) 下船3月 | | | | |
| 06 (組) 一般 | | | | |
| 07 (自) | | | | |
| 63・72~75 (退) | | | | |
| 小計 | | | | |
| 医保家族と公費の併用 | | | | |
| 01 (協会) | | | | |
| 02 (船) | | | | |
| 03 (日) | | | | |
| 04 (日特) | | | | |
| 31~34 (共) 下船3月 | | | | |
| 06 (組) 一般 | | | | |
| 63・72~75 (退) | | | | |
| 小計 | | | | |
| 医保 (6歳) と公費の併用 | 2 | 4 | 2,000 | |
| 01 (協会) | | | | |
| 02 (船) | | | | |
| 03 (日) | | | | |
| 04 (日特) | | | | |
| 31~34 (共) 下船3月 | | | | |
| 06 (組) 一般 | | | | |
| 63・72~75 (退) | | | | |
| 小計 | | | | |
| ① 合計 | 3 | | | |

「小計」には入れない。

「小計」には入れない。

「合計」に計上。

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

| 区分 | 件数 | 診療実日数 | 点数 | 一部負担金 (控除額) |
|--------------|----|-------|-------|-------------|
| 公費と医保の併用 | | | | |
| 12 (生保) | | | | |
| 10 (感染症37の2) | | | | |
| 86 | 1 | | 1,000 | |
| 85 | 2 | | 2,000 | |
| 公費と公費の併用 | | | | |
| 12 (生保) | | | | |
| 10 (感染症37の2) | | | | |
| 公費単独 | | | | |
| 12 (生保) | | | | |
| 11 (結核入院) | | | | |
| 20 (精神29) | | | | |
| ② 合計 | 3 | | | |
| 総件数①+② | 6 | | | |
| 請求金額 | | | | 円 |

「合計」に計上。

「総件数」に「合計」を合算し計上。

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

4. 診療報酬明細書等の請求事例

◎ 留意事項

※ 「限度額適用認定証」の提示があった場合の診療報酬明細書の記載方法については、次の高額療養費の取扱いについて及び「医療費受給者証等が提示された場合の自己(公費)負担限度額」をご参照いただき、当該事例の請求に関しては特にご注意下さい。

<高額療養費の取扱いについて>

被用者保険の医療費助成事業に関する医療の給付に係る高額療養費の算定基準の取扱いについては、平成18年厚生労働省告示により、国の公費負担医療と同様に取り扱うこととされております。

従って、70歳未満の受給者は「標準報酬月額28万～50万円」、70歳以上75歳未満の受給者は「一般所得者」の所得区分で算定することとなり、多数回該当から除外となります。

【70歳未満の受給者】

【70歳以上75歳未満の受給者】

| 所得区分 | 医療費助成事業の負担限度額 | 所得区分 | 医療費助成事業の負担限度額 | |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------|---------|
| | | | 外来 | 入院 |
| 標準報酬月額 83万円以上 | $80,100 + (\text{医療費} - 267,000\text{円}) \times 1\%$ <u>(すべて標準報酬月額28万～50万円の所得区分による取扱い)</u> | 現役並み所得Ⅲ (標準報酬月額83万円以上、課税所得690万円以上) | 18,000円 | 57,600円 |
| 標準報酬月額 53万～79万円 | | 現役並み所得Ⅱ (標準報酬月額53万円以上79万円以下、課税所得380万円以上) | | |
| 標準報酬月額 28万～50万円 | | 現役並み所得Ⅰ (標準報酬月額28万円以上50万円以下、課税所得145万円以上) | | |
| 標準報酬月額 26万円以下 | | 一般 (標準報酬月額26万円以上、課税所得145万円未満) | | |
| 低所得者 (住民税非課税) | | 低所得者Ⅱ | | |

☆ 「特定疾患(法別51)」、「難病医療(法別54)」及び「小児慢性(法別52)」については、所得区分に応じた額となり、多数回該当の対象となります。

◎ 医療費受給者証等が提示された場合の自己（公費）負担限度額

医療費受給者証等が提示された場合の自己（公費）負担限度額（70歳未満）

| 70歳未満 | 所得区分 | 限度額適用認定証等又は受給者証等の適用区分 | 特記事項 | 入院 | | 外来 | |
|---------------------------|---------------------|-----------------------|-------|----------------------------|----------|----------------------------|--|
| | | | | 自己（公費）負担限度額 | | 自己（公費）負担限度額 | |
| 非多数回該当 | 標準報酬月額 83万円以上 | ア | 26 区ア | 252,600円+（医療費-842,000円）×1% | | 252,600円+（医療費-842,000円）×1% | |
| | 標準報酬月額 53万~79万円 | イ | 27 区イ | 167,400円+（医療費-558,000円）×1% | | 167,400円+（医療費-558,000円）×1% | |
| | 標準報酬月額 28万~50万円 | ウ | 28 区ウ | 80,100円+（医療費-267,000円）×1% | | 80,100円+（医療費-267,000円）×1% | |
| | 標準報酬月額 26万円以下 | エ | 29 区エ | 57,600円 | | 57,600円 | |
| | 低所得者 （住民税非課税） | オ | 30 区オ | 35,400円 | | 35,400円 | |
| 多数回該当 | 標準報酬月額 83万円以上 | ア | 31 多ア | 4月目~ | 140,100円 | / | |
| | 標準報酬月額 53万~79万円 | イ | 32 多イ | 4月目~ | 93,000円 | | |
| | 標準報酬月額 28万~50万円 | ウ | 33 多ウ | 4月目~ | 44,400円 | | |
| | 標準報酬月額 26万円以下 | エ | 34 多エ | 4月目~ | 44,400円 | | |
| | 低所得者 （住民税非課税） | オ | 35 多オ | 4月目~ | 24,600円 | | |
| 長 | 標準報酬月額 53万以上 | | 16 長2 | 20,000円 | | | |
| | 上記以外 | | 02 長 | 10,000円 | | | |
| 生保 | | | | 35,400円 | | | |
| 公費 （生保、 難病等 を除く） | 母子（84）・重身（85）の負担限度額 | | | 80,100+（医療費-267,000）×1% | | | |

※ 「難病等」には特定疾患、難病医療及び小児慢性が該当するため、両公費の自己（公費）負担限度額は、所得区分に応じた額となります。また、両公費については、多数回該当の対象となります。

医療費受給者証等が提示された場合の自己（公費）負担限度額（70歳以上）

| 70歳以上 | 所得区分 | | 特記事項 | 摘要欄 | 入院 | 外来 |
|--------------------------------------|----------------------------|--------------------|-------|---------|----------------------------|----------------------------|
| | | | | | 自己（公費）負担限度額 | 自己（公費）負担限度額 |
| 非 多 数 回 該 当 | 現役並みⅢ | 標準報酬月額 83万円以上 | 26 区ア | — | 252,600円+（医療費-842,000円）×1% | 252,600円+（医療費-842,000円）×1% |
| | 現役並みⅡ | 標準報酬月額 53万~79万円 | 27 区イ | — | 167,400円+（医療費-558,000円）×1% | 167,400円+（医療費-558,000円）×1% |
| | 現役並みⅠ | 標準報酬月額 28万~50万円 | 28 区ウ | — | 80,100円+（医療費-267,000円）×1% | 80,100円+（医療費-267,000円）×1% |
| | 一般 | 標準報酬月額 26万円以下 | 29 区エ | — | 57,600円 | 18,000円 |
| | 低所得者 | 低所得者Ⅱ | 30 区オ | 低所得者Ⅱ | 24,600円 | 8,000円 |
| 低所得者Ⅰ | | 低所得者Ⅰ | | 15,000円 | | |
| 多 数 回 該 当 | 現役並みⅢ | 標準報酬月額 83万円以上 | 31 多ア | — | 4月目~ 140,100円 | 4月目~ 140,100円 |
| | 現役並みⅡ | 標準報酬月額 53万~79万円 | 32 多イ | — | 4月目~ 93,000円 | 4月目~ 93,000円 |
| | 現役並みⅠ | 標準報酬月額 28万~50万円 | 33 多ウ | — | 4月目~ 44,400円 | 4月目~ 44,400円 |
| | 一般 | 標準報酬月額 26万円以下 | 34 多エ | — | 4月目~ 44,400円 | — |
| | 低所得者 | 低所得者Ⅱ | | | | |
| 低所得者Ⅰ | | | | | | |
| Ⓚ | — | 02 長 | — | | 10,000円 | |
| 生保 | — | | | | 15,000円 | 8,000円 |
| 公費 (生保、 難病等 を除く) | 母子（84）・重身（85）の負担限度額 | | | | 57,600円 | 18,000円 |

※ 「難病等」には特定疾患、難病医療及び小児慢性が該当するため、両公費の自己（公費）負担限度額は、所得区分に応じた額となります。また、両公費については、多数回該当の対象となります。

※ 75歳到達月については、自己（公費）負担限度額は1/2となる。

【 計 算 事 例 目 次 】

| 事例 No | 計算事例内容 |
|-------|-----------------------------------------------------------------------|
| 1 | 医保と重度【85】（母子【84】）の2者併用（家族外来） |
| 2 | 医保と重度【85】（母子【84】）の2者併用（家族外来） 《1ヶ月500円に達しない場合》 |
| 3 | 医保と重度【85】（母子【84】）の2者併用（家族外来） 《1回目が500円に達しない場合》 |
| 4 | 医保と国公費【54】と重度【85】（母子【84】）の3者併用（家族外来） 《社保と公費①が同点数》 |
| 5 | 医保と国公費【54】と重度【85】（母子【84】）の3者併用（家族外来） 《社保と公費①が異点数》 |
| 6 | 医保と重度【85】（母子【84】）の2者併用（家族外来） 《歯科》 |
| 7 | 医保と重度【85】（母子【84】）の2者併用（家族外来） 《調剤》 |
| 8 | 医保と重度【85】の2者併用（家族外来） 《訪問》 |
| 9 | 医保と重度【85】（母子【84】）の2者併用（家族外来） 《検査のみ来院がある場合》 |
| 10 | （長）医保と重度【85】（母子【84】）の2者併用 |
| 11 | 医保と母子【84】の2者併用（家族入院） 《入院時の患者負担金及び食事療養費》 |
| 12 | 医保と重度【85】の2者併用（家族入院） 《入院時の患者負担金及び食事療養費》 |
| 13 | 医保と難病【54】と重度【85】（母子【84】）の3者併用（家族外来） 《一部のみ国公費が適用（異点数）（公費①高額発生）》 |
| 14 | 医保と難病【54】と重度【85】（母子【84】）の3者併用（家族外来） 《一部のみ国公費が適用（異点数）（公費①・②共に高額発生）》 |
| 15 | 医保と難病【54】と重度【85】（母子【84】）の3者併用（家族外来） 《歯科》 |

【事例 1】

記載は(85)重度医療ですが、(84220029)母子等医療についても、同様です。

医保と(85)重度医療の2者併用(家族3割負担・外来)

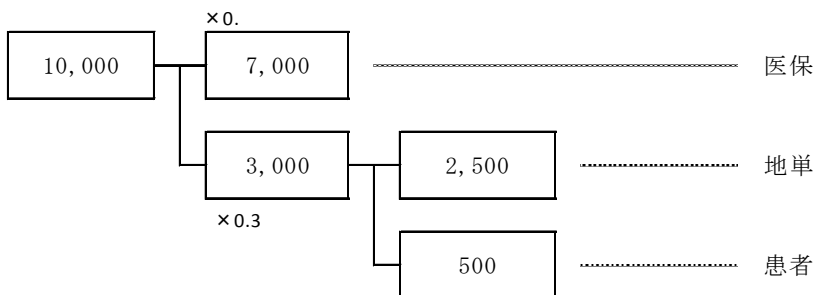
| | | | | | | | | |
|---------|-------------|-------|----------|-----------|------|-----|-------|------|
| 診療報酬明細書 | 平成30年10月分 | 県番 22 | 医コ | 999.999.9 | 1 医科 | 1 社 | 2 2 併 | 6 家外 |
| — | | — | | 保険 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇〇 | 〇 |
| 公費① | 85 22 002 8 | 公受① | 〇〇〇〇〇〇 〇 | 記号・番号 | | | | |
| 公費② | | 公受② | | | | | | |

| | | | |
|--------|------------|-------|------------------------|
| 氏名 | | 特記事項 | 保険医療機関の所在地及び名称 |
| 職務上の事由 | | | |
| 傷病名 | (1) (2) | 診療開始日 | (1) 年 月 日 (2) 年 月 日 |
| | | 診療実日数 | 保 1 日 ① 1 日 ② 日 |

| | | | | | | | |
|-------|----|-------|------|----------|-------|-----|-----|
| 療養の給付 | 保険 | 請求点 | ※決定点 | 一部負担金額 円 | | | |
| | 公① | 1,000 | | 500 | | | |
| | 公② | | | | ※高額 円 | ※公点 | ※公点 |

通院 1ヶ月500円が、患者負担となります。

【医保+地単】



【請求金額】

| | |
|---------|-------|
| 医保 | 7,000 |
| 高額(再掲) | 0 |
| 公費①(地単) | 2,500 |
| 患者 | 500 |

【事例 2】

記載は(85)重度医療ですが、(84220029)母子等医療についても、同様です。

医保と(85)重度医療の2者併用(家族3割負担・外来) (1ヶ月500円に達しない場合)

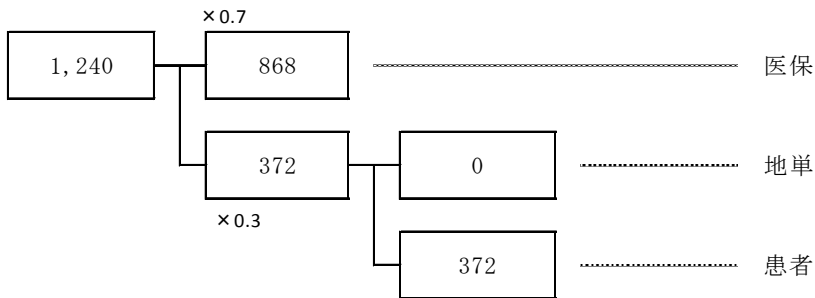
| | | | | | | | | |
|---------|-------------|-------|----------|-----------|------|-----|-------|------|
| 診療報酬明細書 | 平成30年10月分 | 県番 22 | 医コ | 999.999.9 | 1 医科 | 1 社 | 2 2 併 | 6 家外 |
| — | | — | | 保険 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇〇 | 〇 |
| 公費① | 85 22 002 8 | 公受① | 〇〇〇〇〇〇 〇 | 記号・番号 | | | | |
| 公費② | | 公受② | | | | | | |

| | | | |
|--------|------------|-------|------------------------|
| 氏名 | | 特記事項 | 保険医療機関の所在地及び名称 |
| 職務上の事由 | | | |
| 傷病名 | (1) (2) | 診療開始日 | (1) 年 月 日 (2) 年 月 日 |
| | | 診療実日数 | 保 1 日 ① 1 日 ② 日 |

| | | | | | |
|-------|----|-----|------|----------|---------------------------------------------------------|
| 療養の給付 | 保険 | 請求点 | ※決定点 | 一部負担金額 円 | <p>「通院 1ヶ月500円」ですが点数の3割相当額が500円未満のため372円が患者負担となります。</p> |
| | 公① | 124 | | 372 | |
| | 公② | | | | |

※負担金額については1円単位の記載となります。

【医保+地単】



【請求金額】

| | |
|---------|-----|
| 医保 | 868 |
| 高額(再掲) | 0 |
| 公費①(地単) | 0 |
| 患者 | 372 |

【事例 3】

記載は(85)重度医療ですが、(84220029)母子等医療についても、同様です。

医保と(85)重度医療の2者併用(家族3割負担・外来) (1回目に500円に達しない場合)

診療報酬明細書 平成30年10月分 県番 22 医コ

999.999.9

1 医科

1 社

2 2 併

6 家外

| | | | |
|-----|-------------|-----|----------|
| — | | — | |
| 公費① | 85 22 002 8 | 公受① | ○○○○○○ ○ |
| 公費② | | 公受② | |

| | | | | | |
|-------|----|----|-----|---|--|
| 保険 | ○○ | ○○ | ○○○ | ○ | |
| 記号・番号 | | | | | |

| | | | |
|----|--|------|--|
| 氏名 | | 特記事項 | |
|----|--|------|--|

保険医療機関の所在地及び名称

職務上の事由

| | |
|-----|------------|
| 傷病名 | (1) (2) |
|-----|------------|

**1日目 再診(72点)
処方せん料(68点)のみ
合計 140点**

2日目 合計 1,000点

2日間の合計 1,140点の場合

| | | | | |
|-------|------------------------|-------|---|-----|
| 診療開始日 | (1) 年 月 日 (2) 年 月 日 | 診療実日数 | 保 | 1 日 |
| | | ① | | 1 日 |
| | | ② | | 日 |

| | | | | |
|-------|----|-------|------|----------|
| 療養の給付 | 保険 | 請求点 | ※決定点 | 一部負担金額 円 |
| | 公① | 1,140 | | 500 |
| | 公② | | | |

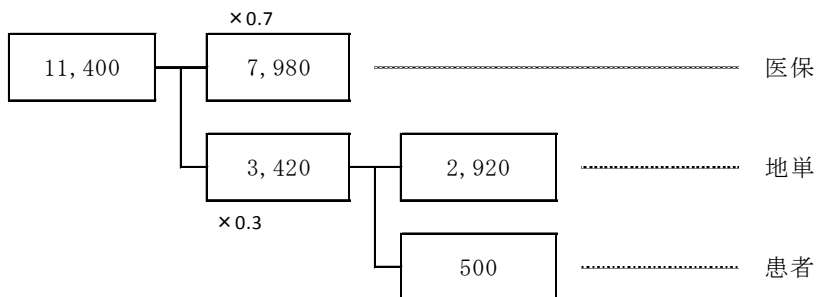
「通院 1ヶ月に500円」ですが1日目は点数の3割相当額の420円、2日目は80円、合計500円が患者負担となります。

1日目
140点 「1,400 × 0.3=420円」

2日目
1,000点 「10,000 × 0.3=3,000円 → 80円」

合計
420 + 80 = 500円

【医保+地単】



【請求金額】

| | |
|---------|-------|
| 医保 | 7,980 |
| 高額(再掲) | 0 |
| 公費①(地単) | 2,920 |
| 患者 | 500 |

【事例 4】

記載は(85)重度医療ですが、(84220029)母子等医療についても、同様です。

医保と(54)難病と(85)重度の3者併用(家族3割負担・外来) (同点数)

※(54)難病の限度額が5,000の場合

診療報酬明細書 平成30年10月分 県番 22 医コ

999.999.9

1医科 1社 33併 6家外

| | | | |
|-----|-------------|-----|----------|
| — | | — | |
| 公費① | 54 〇〇 〇〇〇 〇 | 公受① | 〇〇〇〇〇〇 〇 |
| 公費② | 85 22 002 8 | 公受② | 〇〇〇〇〇〇 〇 |

| | |
|-------|-------------|
| 保険 | 〇〇 〇〇 〇〇〇 〇 |
| 記号・番号 | |

| | | | |
|--------|--|------|--|
| 氏名 | | 特記事項 | |
| 職務上の事由 | | 28区ウ | |

保険医療機関の所在地及び名称

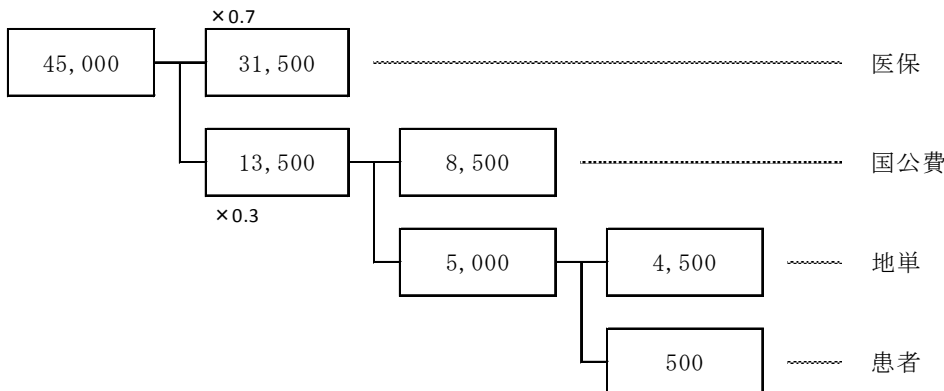
| | | | | | | |
|-----|-----|-------|-----------|-------|---|-----|
| 傷病名 | (1) | 診療開始日 | (1) 年 月 日 | 診療実日数 | 保 | 1 日 |
| | (2) | | (2) 年 月 日 | | ① | 1 日 |
| | | | | | ② | 1 日 |

| | | | | | | | |
|-------|----|-------|------|----------|------------------------------------------|--|--|
| 療養の給付 | 保険 | 請求点 | ※決定点 | 一部負担金額 円 | 通院 1ヶ月内で難病の負担金が500円以上のため、500円が患者負担となります。 | | |
| | 公① | 4,500 | | 5,000 | | | |
| | 公② | 4,500 | | 500 | | | |

※難病の負担金額が500円に達する場合は500円、達しない場合はその金額となります。

【医保+難病+地単】

【請求金額】



| | |
|----------|--------|
| 医保 | 31,500 |
| 高額(再掲) | 0 |
| 公費①(国公費) | 8,500 |
| 公費②(地単) | 4,500 |
| 患者 | 500 |

【事例 5】

記載は(85)重度医療ですが、(84220029)母子等医療についても、同様です。

医保と(54)難病と(85)重度の3者併用(家族3割負担・外来) (異点数)

※(54)難病の限度額が5,000の場合

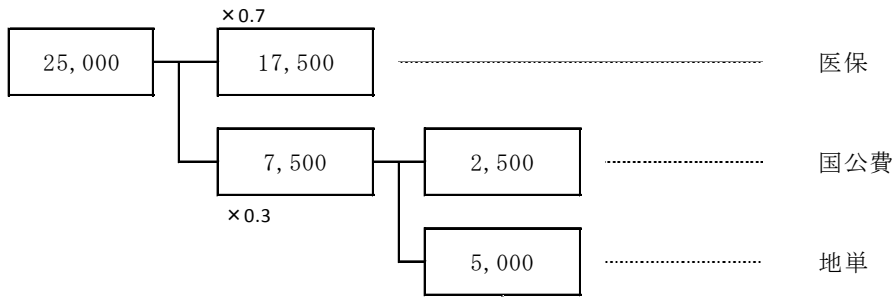
| | | | | | | | | | | |
|---------|-----------|----|-----|----|-----------|--------|----|-----|-----|---|
| 診療報酬明細書 | 平成30年10月分 | 県番 | 22 | 医コ | 999.999.9 | 1医科 | 1社 | 33併 | 6家外 | |
| — | | — | | | | 保険 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇〇 | 〇 |
| 公費① | 54 | 〇〇 | 〇〇〇 | 〇 | 公受① | 〇〇〇〇〇〇 | 〇 | | | |
| 公費② | 85 | 22 | 002 | 8 | 公受② | 〇〇〇〇〇〇 | 〇 | | | |

| | | | | |
|----|--|------|------|--------------|
| 氏名 | | 特記事項 | 28区ウ | 保険医療機関の所在地及び |
|----|--|------|------|--------------|

| | | | | | | | | |
|-----|-------------------|--------|---|---|-------|---|---|---|
| 傷病名 | 1日目 医保と難病と重度医療の診療 | 2,500点 | 月 | 日 | 診療実日数 | 保 | 2 | 日 |
| | 2日目 医保と重度医療のみの診療 | 2,000点 | 月 | 日 | | ① | 1 | 日 |
| | 2日間の合計 | 4,500点 | | | | ② | 2 | 日 |

| | | | | | | | | |
|-------|----|-------|-------|------|-------|----------|-------------------------|------|
| 療養の給付 | 保険 | 請求点 | 4,500 | ※決定点 | | 一部負担金額 円 | | |
| | 公① | 2,500 | | | 5,000 | | 通院 1ヶ月分の500円が患者負担となります。 | |
| | 公② | 4,500 | | | 500 | | | |
| | | | | | | ※高額 円 | ※公 点 | ※公 点 |

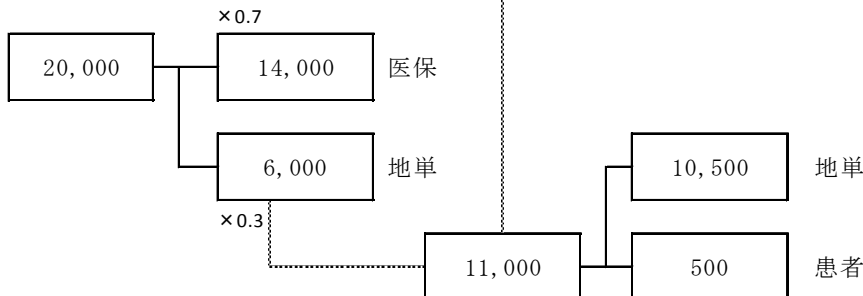
【医保+難病+地単】



【請求金額】

| | |
|----------|--------|
| 医保 | 31,500 |
| 高額(再掲) | 0 |
| 公費①(国公費) | 2,500 |
| 公費②(地単) | 10,500 |
| 患者 | 500 |

【医保+地単】



【事例 6】

記載は(85)重度医療ですが、(84220029)母子等医療についても、同様です。

医保と(85)重度医療の2者併用(家族3割負担・外来)

診療報酬明細書

(歯科)

平成30年10月分

都道府
県番号

22

医療機関コード

999.999.9

| | | | | | |
|----|------|------|--------------|--------------|-------|
| 3 | 1社・国 | 3 後期 | 1 単独 | 2 本外 | 8 高外一 |
| 歯科 | 2 公費 | 4 退職 | ② 2併 3 3併 | 4 六外 ⑥ 家外 | 0 高外7 |

| | | | | | | | | |
|---------|----|----|-----|---|--------------|-----|-----|---|
| 公費負担者番号 | 85 | 22 | 002 | 8 | 公費負担医療の受給者番号 | 〇〇〇 | 〇〇〇 | 〇 |
|---------|----|----|-----|---|--------------|-----|-----|---|

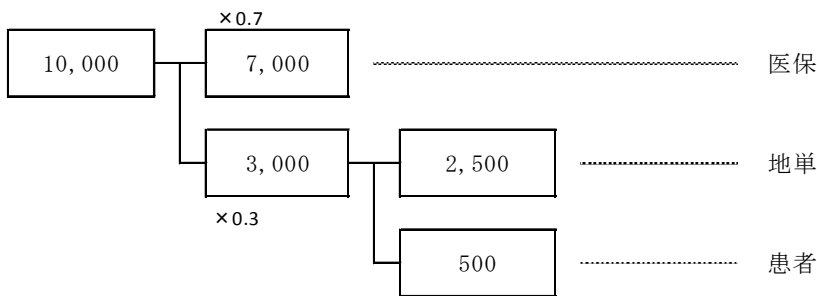
| | | | | | | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|------|----|-----|---|
| 保険者番号 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 給付割合 | 10 | 9 | 8 |
| 被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号 | | | | | | | | | 7 | () | |

| | | | | | | | | | |
|-------|----------------------------------|--|--|--------------------------------------------------------|--|----------------|---------|----|----|
| 氏名 | 特記事項 | | | 届出 | | 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 | | | 補管・歯援診・外来環 GTR・医管・在歯管 う蝕無痛・特連・手術歯根 歯技工・明細・特イ術 | | | | | |
| 傷病名部位 | | | | | | 診療開始日 | 年 月 日 | | |
| | | | | | | 診療実日数 | 1日 (1日) | | |
| | | | | | | 転帰 | 治ゆ | 死亡 | 中止 |

| | | | | | | | |
|----|-----------|------|-------|---|--------|---------------|---|
| 摘要 | 公費分点数 | 請求決定 | 1,000 | 点 | 合計 | 1,000 | 点 |
| | 患者負担額(公費) | | 500 | 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 | 円 |

通院 1ヶ月500円が、患者負担となります。

【医保+地単】



【請求金額】

| | |
|---------|-------|
| 医保 | 7,000 |
| 高額(再掲) | 0 |
| 公費①(地単) | 2,500 |
| 患者 | 500 |

【事例 7】

記載は(85)重度医療ですが、(84220029)母子等医療についても、同様です。

医保と(85)重度医療の2者併用(家族3割負担)

調剤報酬明細書

平成30年10月分

県番：22 薬コ：999.999.9

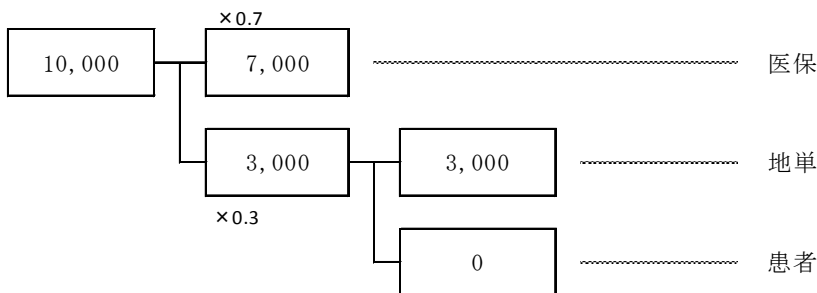
| | | | | | | | | | |
|--------|-----------------------|----|-------|-------|--------|-----|------|--------------|---|
| | | | | 4調剤 | 1社 | 22併 | 6家外 | | |
| — | | — | | 保険 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇〇 | 〇 | |
| 公費① | 85 | 22 | 002 8 | 公受① | 〇〇〇〇〇〇 | 〇 | | | |
| 公費② | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | 特記事項 | | | | 保険薬局の所在地及び名称 | |
| 職務上の事由 | | | | | | | | | |
| 医療機関 | 〇〇市〇〇区〇〇1丁目 〇〇〇〇医院 | | | 保険医氏名 | 1 〇〇〇〇 | 2 | 6 | | |
| | 県番 22 点数表 1 医コ 〇〇〇〇〇〇 | | | | 3 | 4 | 7 | | |
| | | | | | 4 | 5 | 8 | | |
| | | | | | 5 | | 9 | | |
| | | | | | | | 10 | | |
| | | | | | | | 受付回数 | | |
| | | | | | | | 保 | 1 | 回 |
| | | | | | | | ① | 1 | 回 |
| | | | | | | | ② | | 回 |

| | | | | | | | |
|---------|------|---------|-------|-------|-------|----------|---|
| 摘要 | | | | | | ※高額療養費 | 円 |
| | | | | | | ※公費負担金額① | 点 |
| | | | | | | ※公費負担金額② | 点 |
| 保険請求点 | ※決定点 | 一部負担金 円 | 基本料 点 | 時間外 点 | 薬学管理料 | | |
| 1,000 | | | | | | | |
| ① 1,000 | | 0 | | | | | |
| ② | | | | | | | |

調剤については負担金徴収対象外のため発生しません。

「0円」の記載をお願いします。

【医保+地単】



【請求金額】

| | |
|---------|-------|
| 医保 | 7,000 |
| 高額(再掲) | 0 |
| 公費①(地単) | 3,000 |
| 患者 | 0 |

【事例 8】

訪問看護ステーションについては、母子等医療は対象外です。

医保と(85)重度医療の2者併用(家族3割負担)

訪問看護療養費明細書 平成30年10月分 22 都道府県番号 22 訪問看護ステーションコード 999.999.9

| | | | | | |
|------|-------|------|------|------|-------|
| 6 訪問 | 1 社・国 | 3 後期 | 2 単独 | 2 本人 | 8 高齢一 |
| | 2 公費 | 4 退職 | 3 併 | 4 六歳 | 0 高齢7 |
| | | | 3 併 | 6 家族 | |

| | | | |
|-----|-------------|-----|----------|
| — | | — | |
| 公費① | 85 22 002 8 | 公受① | ○○○○○○ ○ |
| 公費② | | 公受② | |

| | | | |
|-------|-------------|----|--------|
| 保険 | ○○ ○○ ○○○ ○ | 給付 | 10 9 8 |
| 記号・番号 | | | 7 () |

| | | |
|--------|--|------|
| 氏名 | | 特記事項 |
| 訪問した住所 | | |
| 職務上の事由 | | |

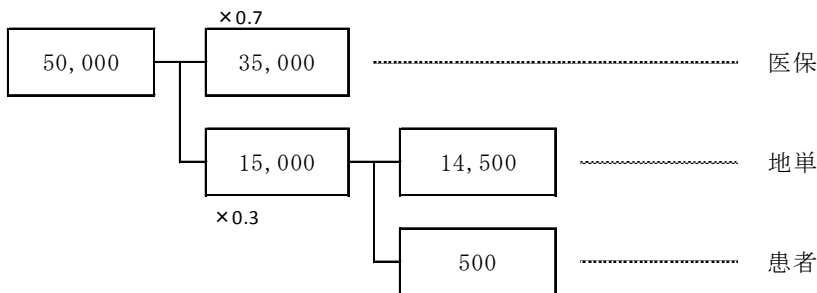
訪問看護ステーションの住所及び名称

| | | | | | |
|-------|-----------|--|-----|---|----|
| 心身の状態 | 訪問開始年月日 | | 実日数 | 保 | 3日 |
| | 訪問終了年月日時刻 | | | ① | 3日 |
| | 訪問終了の状況 | | | ② | 日 |

| 合計 | 保険 | 請求 円 | ※決定 円 | 負担金額 円 | ※高額療養費 |
|----|----|----------|-------|--------|----------|
| | | 50,000 | | | |
| ① | | 50,000 円 | ※ 円 | 500 円 | ※公費負担金 円 |
| ② | | 円 | ※ 円 | 円 | ※公費負担金 円 |

通院 1ヶ月500円が、患者負担となります。

【医保+地単】



【請求金額】

| | |
|---------|--------|
| 医保 | 35,000 |
| 高額(再掲) | 0 |
| 公費①(地単) | 14,500 |
| 患者 | 500 |

【事例 9】

記載は(85)重度医療ですが、(84220029)母子等医療についても、同様です。

医保と(85)重度医療の2者併用(家族3割負担・外来) (検査のみ来院がある場合)

診療報酬明細書 平成30年10月分 県番 22 医コ

999.999.9

1 医科

1 社

2 2 併

6 家外

| | | | |
|-----|-------------|-----|----------|
| — | | — | |
| 公費① | 85 22 002 8 | 公受① | ○○○○○○ ○ |
| 公費② | | 公受② | |

| | | | | | |
|-------|----|----|-----|---|--|
| 保険 | ○○ | ○○ | ○○○ | ○ | |
| 記号・番号 | | | | | |

| | | | |
|--------|--|--|------|
| 氏名 | | | 特記事項 |
| | | | |
| 職務上の事由 | | | |

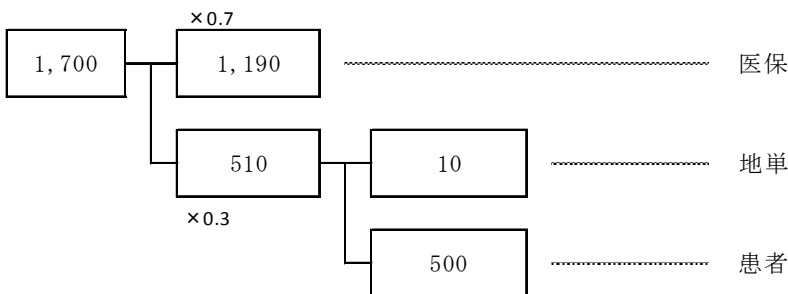
保険医療機関の所在地及び名称

| | | | | | | |
|-----|-----|-------|-----------|-------|---|-----|
| 傷病名 | (1) | 診療開始日 | (1) 年 月 日 | 診療実日数 | 保 | 0 日 |
| | (2) | | (2) 年 月 日 | | ① | 0 日 |
| | | | | | ② | 日 |

| | | | | | | | |
|-------|----|-----|------|----------|-------|-----|-----|
| 療養の給付 | 保険 | 請求点 | ※決定点 | 一部負担金額 円 | | | |
| | 公① | 170 | | 500 | | | |
| | 公② | | | | ※高額 円 | ※公点 | ※公点 |

実日数0日ですが、検査のみ来院が1回あり、「通院 1ヶ月500円」のため500円が患者負担となります。

【医保+地単】



【請求金額】

| | |
|---------|-------|
| 医保 | 1,190 |
| 高額(再掲) | 0 |
| 公費①(地単) | 10 |
| 患者 | 500 |

【事例 10】

記載は(85)重度医療ですが、(84220029)母子等医療についても、同様です。

Ⓛ 医保と(85)重度医療の2者併用(家族3割負担・外来)

診療報酬明細書 平成30年10月分 県番 22 医コ

999.999.9

1 医科 1 社 2 2 併 6 家外

| | | | |
|-----|-------------|-----|----------|
| — | | — | |
| 公費① | 85 22 002 8 | 公受① | ○○○○○○ ○ |
| 公費② | | 公受② | |

| | | | | | |
|-------|----|----|-----|---|--|
| 保険 | ○○ | ○○ | ○○○ | ○ | |
| 記号・番号 | | | | | |

| | | | |
|--------|--|--|------|
| 氏名 | | | 特記事項 |
| | | | 02 長 |
| 職務上の事由 | | | |

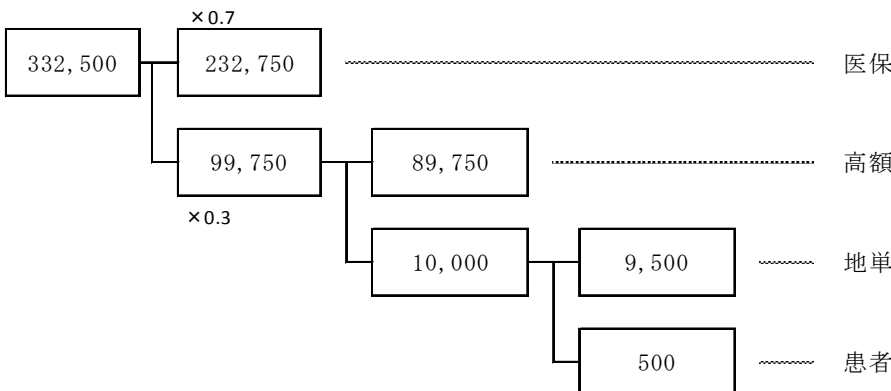
保険医療機関の所在地及び名称

| | | | | | | |
|-----|-----|-------|-----------|-------|---|-----|
| 傷病名 | (1) | 診療開始日 | (1) 年 月 日 | 診療実日数 | 保 | 2 日 |
| | (2) | | (2) 年 月 日 | | ① | 2 日 |
| | | | ② | | 日 | |

| | | | | | | | |
|-------|----|--------|------|----------|-------|-----|-----|
| 療養の給付 | 保険 | 請求点 | ※決定点 | 一部負担金額 円 | | | |
| | 公① | 33,250 | | 500 | | | |
| | 公② | | | | ※高額 円 | ※公点 | ※公点 |

【医保+地単】

【請求金額】



| | |
|---------|---------|
| 医保 | 232,750 |
| 高額(再掲) | 89,750 |
| 公費①(地単) | 9,500 |
| 患者 | 500 |

【事例 11】

医保と(84)母子医療の2者併用(家族3割負担・入院)

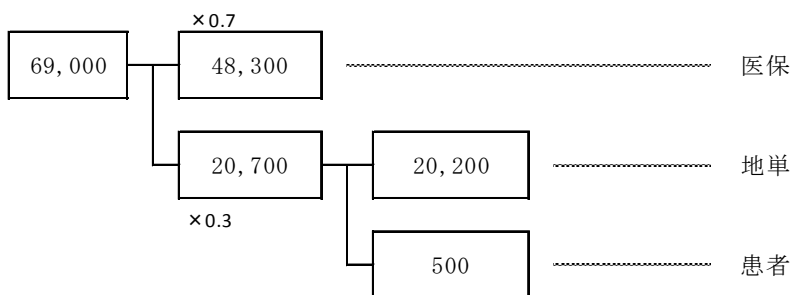
| | | | | | | | | |
|---------|-------------|-------|-----------|----------------|------|-----|-------|------|
| 診療報酬明細書 | 平成30年10月分 | 県番 22 | 医コ | 999.999.9 | 1 医科 | 1 社 | 2 2 併 | 5 家入 |
| — | | — | | 保険 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇〇 | 〇 |
| 公費① | 84 22 002 9 | 公受① | 〇〇〇〇〇〇 〇 | 記号・番号 | | | | |
| 公費② | | 公受② | | | | | | |
| 氏名 | 特記事項 | | | 保険医療機関の所在地及び名称 | | | | |
| 職務上の事由 | | | | | | | | |
| 傷病名 | (1) | 診療開始日 | (1) 年 月 日 | 診療実日数 | 保 | 5 日 | | |
| | (2) | | (2) 年 月 日 | | ① | 5 日 | | |
| | | | | | ② | 日 | | |

母子医療の患者負担額は1ヶ月500円です。

| 療養の給付 | 保険 | 請求点 | ※決定点 | 一部負担金額 円 | 回数 | 請求円 | ※決定円 | (標準負担額) 円 |
|-------|----|-------|------|----------|----|-------|------|-----------|
| | 公① | 6,900 | | 500 | 13 | 8,320 | | 3,380 |
| | 公② | | | | 0 | 0 | | 0 |

食事療養費については、助成対象外であるため、食事回数・金額欄には全て「0」の記載をお願いします。

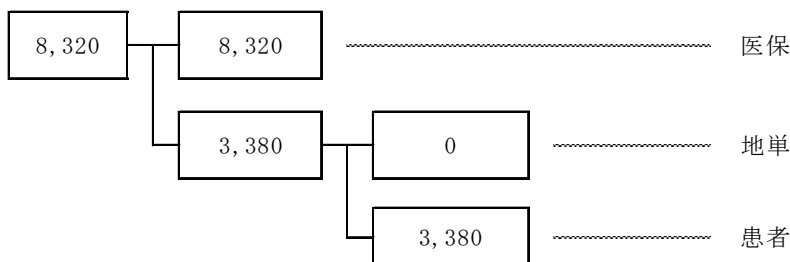
【医保+地単】



【請求金額】

| | |
|---------|--------|
| 医保 | 48,300 |
| 高額(再掲) | 0 |
| 公費①(地単) | 20,200 |
| 患者 | 500 |

【食事療養費】



【食事療養費】

| | |
|---------|-------|
| 医保 | 8,320 |
| 公費①(地単) | 0 |
| 患者 | 3,380 |

【事例 12】

医保と(85)重度医療の2者併用(家族3割負担・入院)

診療報酬明細書 平成30年10月分 県番 22 医コ 999.999.9

| | | | |
|-------|-----|-------|------|
| 1 医科 | 1 社 | 2 2 併 | 5 家入 |
| 保険 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇〇 |
| 記号・番号 | | | |

| | | | |
|-----|-------------|-----|----------|
| 公費① | 85 22 002 8 | 公受① | 〇〇〇〇〇〇 〇 |
| 公費② | | 公受② | |

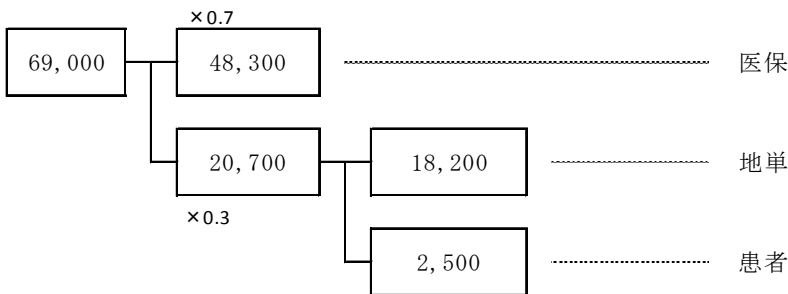
| | | | |
|--------|------------|-------|------------------------|
| 氏名 | | 特記事項 | |
| 職務上の事由 | | | |
| 傷病名 | (1) (2) | 診療開始日 | (1) 年 月 日 (2) 年 月 日 |
| | | 診療実日数 | 保 5 日 ① 5 日 ② 日 |

重度医療・入院の患者負担額は1日500円、上限5,000円です。

| 療養の給付 | 保険 | 請求点 | ※決定点 | 一部負担金額 円 | 回数 | 請求円 | ※決定円 | (標準負担額) 円 |
|-------|----|-------|------|----------|----|-------|------|-----------|
| | 保 | 6,900 | | | 13 | 8,320 | | 3,380 |
| | 公① | | | 2,500 | 0 | 0 | | 0 |
| | 公② | | | | | | | |

食事療養費については、助成対象外であるため、食事回数・金額欄には全て「0」の記載をお願いします。

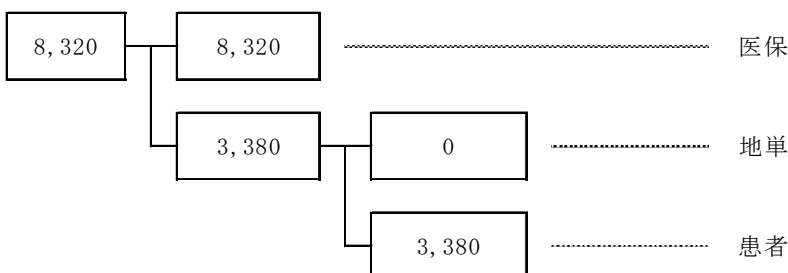
【医保+地単】



【請求金額】

| | |
|---------|--------|
| 医保 | 48,300 |
| 高額(再掲) | 0 |
| 公費①(地単) | 18,200 |
| 患者 | 2,500 |

【食事療養費】



【食事療養費】

| | |
|---------|-------|
| 医保 | 8,320 |
| 公費①(地単) | 0 |
| 患者 | 3,380 |

【事例 13】

記載は(85)重度医療ですが、(84220029)母子等医療についても、同様です。

医保と難病【54】と重度【85】の3者併用（家族3割負担・外来）
 一部のみ国公費が適用（異点数） 公費①高額発生【区イ】

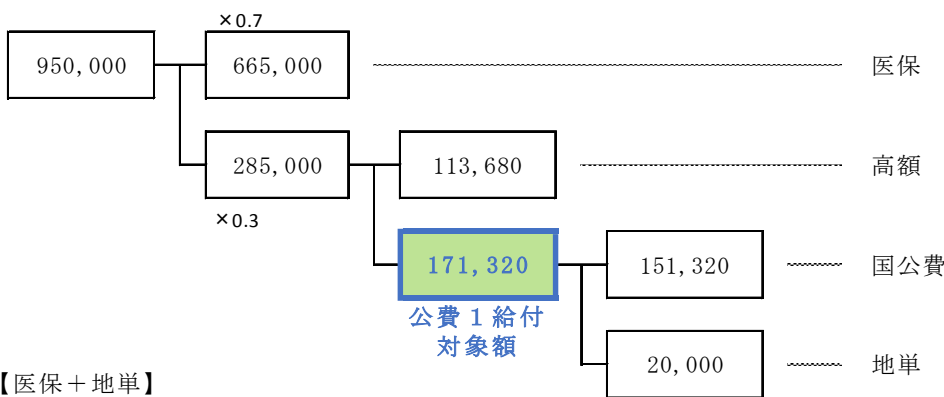
| | | | | | | | | |
|---------|-----------|-------|-------|-----------|--------|-----|-------|------|
| 診療報酬明細書 | 平成30年10月分 | 県番 22 | 医コ | 999.999.9 | 1 医科 | 1 社 | 2 2 併 | 6 家外 |
| — | | — | | 保険 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇〇 | 〇 |
| 公費① | 54 | 〇〇 | 〇〇〇〇 | 公受① | 〇〇〇〇〇〇 | 〇 | | |
| 公費② | 85 | 22 | 002 8 | 公受② | 〇〇〇〇〇〇 | 〇 | | |

| | | | | |
|--------|------------|-------|------------------------|----------------|
| 氏名 | | 特記事項 | 区イ | 保険医療機関の所在地及び名称 |
| 職務上の事由 | | | | |
| 傷病名 | (1) (2) | 診療開始日 | (1) 年 月 日 (2) 年 月 日 | 診療実日数 |
| | | | | 保 3 日 |
| | | | | ① 2 日 |
| | | | | ② 3 日 |

| | | | | | | | | | |
|-------|----|---------|---------|------|--------|-----------|-----|-----|--|
| 療養の給付 | 保険 | 請求点 | 100,000 | ※決定点 | | 一部負担金額 円 | | | |
| | | | | | | (171,320) | | | |
| | | | | | | (15,000) | | | |
| | 公① | 95,000 | | | 20,000 | 186,320 | | | |
| | 公② | 100,000 | | | 500 | ※高額 円 | ※公点 | ※公点 | |

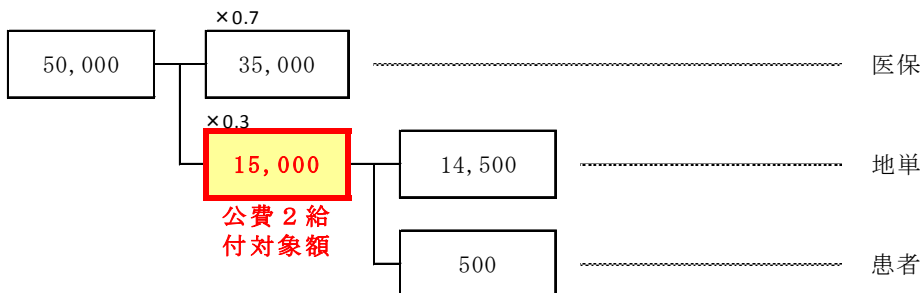
【医保+国公費+地単】

【請求金額】



| | |
|----------|---------|
| 医療保険 | 813,680 |
| 高額（再掲） | 113,680 |
| 公費①（国公費） | 151,320 |
| 公費②（地単） | 34,500 |
| 患者 | 500 |

【医保+地単】



【事例 14】

記載は(85)重度医療ですが、(84220029)母子等医療についても、同様です。

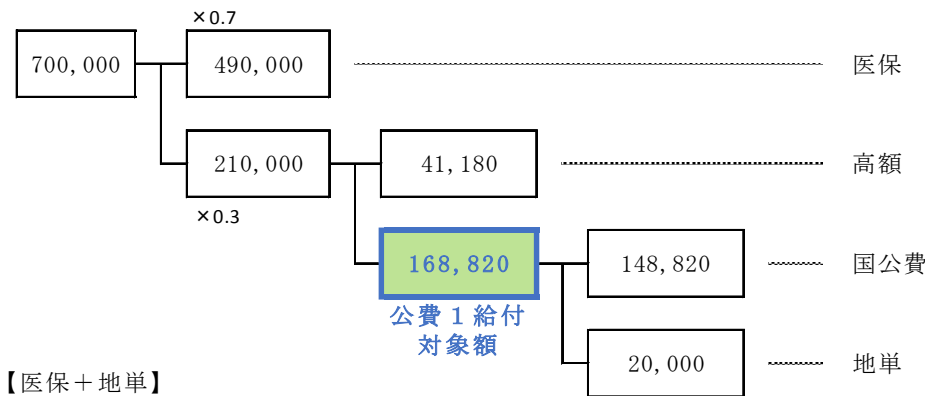
医保と難病【54】と重度【85】の3者併用（家族3割負担・外来）
 一部のみ国公費が適用（異点数） 公費①・②共に高額発生【区イ】

| | | | | | | | | | |
|---------|-----------|-------|-------|-----------|--------|-----|-------|------|---|
| 診療報酬明細書 | 平成30年10月分 | 県番 22 | 医コ | 999.999.9 | 1 医科 | 1 社 | 2 2 併 | 6 家外 | |
| — | | — | | | 保険 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇〇 | 〇 |
| 公費① | 54 | 〇〇 | 〇〇〇〇 | 公受① | 〇〇〇〇〇〇 | 〇 | | | |
| 公費② | 85 | 22 | 002 8 | 公受② | 〇〇〇〇〇〇 | 〇 | | | |

| | | | | |
|--------|------------|-------|------------------------|----------------------------------|
| 氏名 | | 特記事項 | 区イ | 保険医療機関の所在地及び名称 |
| 職務上の事由 | | | | |
| 傷病名 | (1) (2) | 診療開始日 | (1) 年 月 日 (2) 年 月 日 | 診療実日数 保 3 日 ① 2 日 ② 3 日 |

| | | | | | | | |
|-------|----|----------------|------|----------------------------------------------|-------|-----|-----|
| 療養の給付 | 保険 | 請求点 100,000 | ※決定点 | 一部負担金額 円 (168,820) (80,430) 249,250 | | | |
| | 公① | 70,000 | | 20,000 | | | |
| | 公② | 100,000 | | 500 | ※高額 円 | ※公点 | ※公点 |

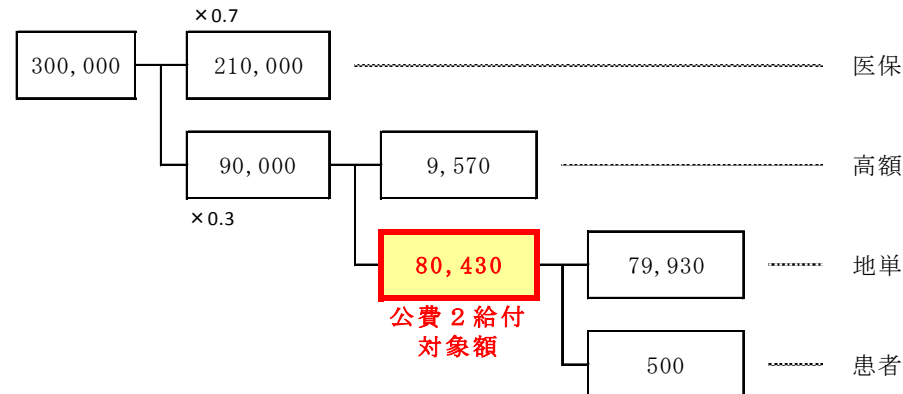
【医保+国公費+地単】



【請求金額】

| | |
|----------|---------|
| 医療保険 | 750,750 |
| 高額（再掲） | 50,750 |
| 公費①（国公費） | 148,820 |
| 公費②（地単） | 99,930 |
| 患者 | 500 |

【医保+地単】



【事例 15】

記載は(85)重度医療ですが、(84220029)母子等医療についても、同様です。

医保と難病【54】と重度【85】の3者併用（家族3割負担・外来）

診療報酬明細書

(歯科)

平成30年10月分

都道府県番号 22 医療機関コード 999.999.9

| | | | | | |
|---------|--------------|--------------|--------------------|----------------------|----------------|
| 3 歯科 | 1社・国 2 公費 | 3 後期 4 退職 | 1 単独 2 併 3 併 | 2 本外 4 六外 6 家外 | 8 高外一 0 高外7 |
|---------|--------------|--------------|--------------------|----------------------|----------------|

| | | | | | | | | |
|---------|----|----|------|---|--------------|-----|-----|---|
| 公費負担者番号 | 54 | 00 | 0000 | 0 | 公費負担医療の受給者番号 | 000 | 000 | 0 |
|---------|----|----|------|---|--------------|-----|-----|---|

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|------|----|---|---|---|-----|
| 保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 給付割合 | 10 | 9 | 8 | 7 | () |
| 被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号 | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|-------|-------------------------------|--|--|--------------------------------------------------------|----------------|--------|----|----|
| 氏名 | 特記事項 | | | 届出 | 保険医療機関の所在地及び名称 | | | |
| | | | | 補管・歯援診・外来環 GTR・医管・在歯管 う蝕無痛・特連・手術歯根 歯技工・明細・特イ術 | | | | |
| 傷病名部位 | 職務上の事由 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害 | | | | 診療開始日 | 年月日 | | |
| | | | | | 診療実日数 | 3日(3日) | | |
| | | | | | 転帰 | 治ゆ | 死亡 | 中止 |

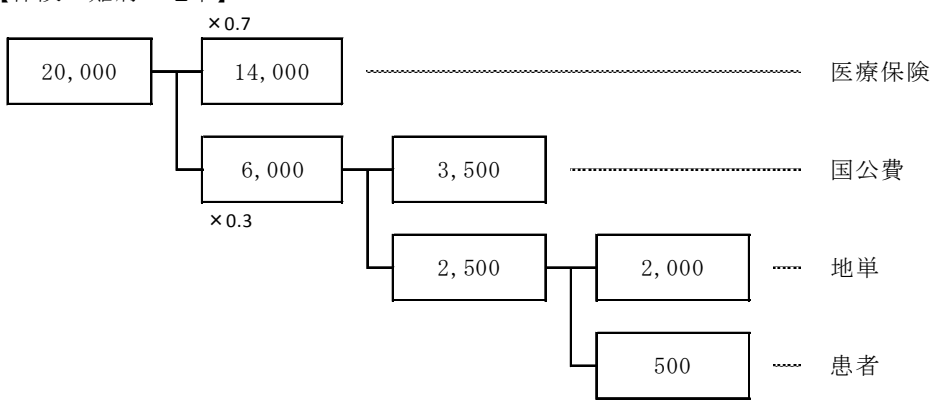
| | | | | | | |
|----|------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|---------------|-----------|
| 摘要 | 第2公費 公2「85220028」, 受「00000000」, 実「3日」 | 公費分点 | 請求 | ② 2,000 点 | 合計 | ① 2,000 点 |
| | | 決定 | ※ | ※ | | |
| | | 患者負担額(公費) | ④ 2,500 円 | 決定 | ※ | |
| | | 高額療養費 | ⑤ 500 円 | 一部負担金額 | 減額割(円)免除・支払猶子 | |

3者併用の場合は、第2公費分を、摘要欄に公費番号・受給者番号・実日数の記載をお願いします。

【3者併用の請求点数及び負担金記載】

- ① 保険請求点数を記載。
- ② 公費分点数の請求欄を上下に区分し、上段に公費①の請求点数を記載。
- ③ 公費分点数の下段に公費②の請求点数を記載。
- ④ 患者負担額欄を上下に区分し、上段に公費①の患者負担額を記載。
- ⑤ 患者負担額欄の下段に公費②の患者負担額を記載。また、患者負担額が500円に満たない場合は、1円単位までの負担額を記載。

【保険+難病+地単】



【請求金額】

| | |
|----------|--------|
| 医療保険 | 14,000 |
| 公費①(国公費) | 3,500 |
| 公費②(地単) | 2,000 |
| 患者 | 500 |