

兵庫県福祉医療費助成事業に係る 請求方法及びレセプト記載事例

平成31年3月

社会保険診療報酬支払基金兵庫支部

目 次

1	被用者保険分に係る福祉医療費の請求について	1
(1)	支払基金が受託する福祉医療費助成事業	
(2)	月遅れ分(未請求・再請求)の取扱い	
2	診療(調剤)報酬請求書の記載方法について	2
3	レセプト作成時の注意点について	3
4	レセプト記載事例	
○ 医 科		
事例 1-1	2者併用 患者負担がある場合(本人3割負担・外来)	4
事例 1-2	2者併用 患者負担が福祉医療費助成事業の定める 限度額以下の場合(本人3割負担・外来)	5
事例 1-3	2者併用 患者負担がない場合(未就学者2割負担・外来)	6
事例 2-1	2者併用 患者負担がある場合(未就学者2割負担・入院)	7
事例 2-2	2者併用 患者負担がない場合(未就学者2割負担・入院)	8
事例 2-3	2者併用 限度額適用認定証提示なし(高額療養費あり) (未就学者2割負担・入院)	9
事例 2-4	2者併用 限度額適用認定証提示あり(27 区イ) (未就学者2割負担・入院)	10
事例 2-5	2者併用 限度額適用認定証提示あり(29 区エ) (未就学者2割負担・入院)	11
事例 3	自立支援医療(精神通院)との3者併用(家族3割負担・外来)	12
事例 4-1	小児慢性医療との3者併用(家族3割負担・外来)	13
事例 4-2	小児慢性医療との3者併用(未就学者2割負担・入院)	14
事例 4-3	難病医療との3者併用(本人3割負担・入院)	15
事例 5	感染症予防法(結核医療)との3者併用(家族3割負担・外来)	16
事例 6	特定疾病療養受療証(マル長)対象者(本人3割負担・外来)	17
事例 7-1	月の途中で資格を喪失した場合(本人3割負担・外来)	18
事例 7-2	スポーツ共済による給付がある場合(家族3割負担・外来)	19
事例 8	複数の福祉医療費助成が行われる場合(家族3割負担・外来)	20
○ 歯 科		
事例 9-1	2者併用 患者負担がある場合(家族3割負担・外来)	21
事例 9-2	2者併用 患者負担がない場合(家族3割負担・外来)	22
○ 調 剤		
事例 10-1	2者併用 患者負担がある場合(家族3割負担)	23
事例 10-2	2者併用 患者負担がない場合(家族3割負担)	24

1 被用者保険分に係る福祉医療費の請求について

平成 31 年 3 月診療(4 月提出)以降分は、支払基金に併用レセプトで請求してください。

(1) 支払基金が受託する福祉医療費助成事業

事業名		法別番号	
		県助成制度	市町単独制度
高齢期移行助成事業		41	42
重度障害者医療費助成事業	心身	82	83
	精神	43	44
母子家庭等医療費給付事業		85	84
乳幼児等医療費助成事業		80	81
こども医療費助成事業		47	48 又は 81

※各事業単位の市町単独制度については、市町によって異なる場合があります。

(2) 福祉医療費に係る月遅れ分(未請求・再請求)の取扱い

平成 31 年 2 月診療以前の月遅れ分は、次により請求してください。

ア 平成 29 年 4 月診療分から平成 31 年 2 月診療分まで

(ア) 未請求の場合

a 被用者保険が未請求の場合は、併用レセプトで支払基金へ請求してください。

b 被用者保険が請求済みの場合は、レセプトの取下げ依頼(再審査等請求書)を支払基金へ提出し、レセプトが返戻された後に改めて併用レセプトで支払基金へ請求してください。

(イ) 再審査等で国保連合会から返戻された福祉医療費を再請求する場合

2020 年 1 月までは、福祉医療費請求書を国保連合会へ提出してください。

2020 年 2 月以降は、被用者保険分のレセプトの取下げ依頼(再審査等請求書)を支払基金へ提出し、レセプトが返戻された後に改めて併用レセプトで支払基金へ請求してください。

イ 平成 29 年 3 月診療以前分

支払基金では取扱いできませんので、各市町へお問合せください。

2 診療(調剤)報酬請求書の記載方法について

福祉医療費助成事業対象のレセプトを支払基金宛てに「紙媒体」で請求される際の診療(調剤)報酬請求書については、以下の記載例を参考に作成してください。
※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	医 保 単 独 (〇〇) 12(生保) 10(感染症37の2) 41(高齢期移行) 47(こども) 80(乳幼児) 公費と医保の併用 12(生保) 10(感染症37の2) 公費と公費の併用 12(生保) 11(結核入院) 20(精神29) 公費単独 12(生保) 11(結核入院) 20(精神29)							
② 合 計	総件数①+②				件	請求金額	円	

備 考

様式第一(一)

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

3 レセプト作成時の注意点について

(1) 公費負担者番号欄・公費受給者番号欄

ア 兵庫県の市町が実施する福祉医療費助成事業は、国公費が給付する部分及び国公費に係る自己負担を助成の対象外としています。

国公費との併用で、医療保険と国公費が同点数の場合は、福祉医療費助成事業に係る請求点数が生じないため、当該福祉医療に係る公費負担者番号等の記載は必要ありません。(事例 4-1 参照)

イ 患者負担により、福祉医療費助成事業への請求金額が生じない場合でも、公費負担者番号等は記載します。(事例 1-2 参照)

(2) 公費に係る「負担金額」「一部負担金額」欄

ア 福祉医療費助成事業に係る患者負担は、公費負担金額欄に「1 円単位」で記載します。(事例 1-2 参照)

イ 福祉医療費助成事業に係る患者負担がない場合、公費負担金額欄は「0」を記載します。空欄の場合、支払基金では「0」とみなして処理します。(事例 1-3、2-2 参照)

(3) 食事・生活療養欄

兵庫県の市町が実施する福祉医療費助成事業は、食事療養費・生活療養費を助成の対象外としています。

「診療報酬請求書等の記載要領」において、「第1公費に係る食事療養又は生活療養が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る「請求」の項の記載を省略して差し支えないこと。」とされており、福祉医療費助成事業に係る食事・生活療養欄が空欄の場合、医療保険と同額となるため、必ず「0」を記載してください。(事例 2-1 参照)

4 レセプト記載事例

事例 1-1 2者併用 患者負担がある場合（本人3割負担・外来）

診療報酬明細書(医科入院外)										1 医 科				1 社		2 2 併		1 本 外			
保険者番号										0		6									
公費負担者番号①										8		5		2		8		*		*	
公費負担者番号②																					
公費受給者番号①																					
公費受給者番号②																					
氏 名										特記事項											
職務上の事由																					
診療実日数										3											
医療保険と同点数の場合は、公費①の記載を省略しても差し支えありません。																					
請求点										※決 定 点											
2,000										一部負担金額 円											
公費①										1,600											
公費②																					
※高額療養費 円										※公費負担点数 点											
※公費負担点数 点																					

患者負担がある場合は、この欄に負担金額を記載します。

この事例は、医療保険と母子家庭等医療との2者併用外来の請求です。
 患者負担は、1保険医療機関当たり1日 800円（低所得者は 400円）を限度に月2回までとされており、3回目以降の患者負担はありません。（県助成制度の場合）
 なお、1日に2回受診した場合も800円が限度となります。

総医療費 20,000 円

医療保険 14,000 円 = 20,000 (総医療費) × 0.7

市 町 4,400 円 = 20,000 (総医療費) × 0.3 - 1,600 (患者負担)

患 者 1,600 円 = 800 (患者負担) × 2 回

事例 1-2 2者併用 患者負担が福祉医療費助成事業の定める限度額以下の場合（本人3割負担・外来）

診療報酬明細書(医科入院外)

-								-	
公費負担者番号①	8	5	2	8	*	*	*	*	公費受給者番号①
公費負担者番号②									公費受給者番号②

氏名

職務上の事由

特記事項

福祉医療費助成事業に請求する金額は生じませんが、公費負担者番号等は記載します。

診療実日数

保険公①公②

1

1 医科	1 社	2 2 併	1 本 外
0	6		

保険者番号

療養の給付	保険	請求点	※決定点	一部負担金額 円
	公費①	255		765
	公費②			
				※高額療養費 円
				※公費負担点数 点
				※公費負担点数 点

レセプトには、1円単位で記載します。

この事例は、医療保険と母子家庭等医療との2者併用外来の請求です。

患者負担は、1保険医療機関当たり1日 800円(低所得者は 400円)を限度に月2回までとされています。(県助成制度の場合)

医療保険の一部負担金(本人3割、未就学者2割等)が1日 800円(低所得者は 400円)に満たない場合は、その額が患者負担となります。

当該事例による実際の窓口徴収額は10円未満を四捨五入した770円になりますが、レセプトには四捨五入前の金額(1円単位)を記載してください。

また、福祉医療費助成事業に請求する金額は生じませんが、公費負担者番号等は記載します。

総医療費 2,550 円

医療保険 1,785 円 = 2,550 (総医療費) × 0.7

市 町 0 円 = 2,550 (総医療費) × 0.3 - 765 (患者負担)

患者 765 円 = 2,550 (総医療費) × 0.3

事例 1-3 2者併用 患者負担がない場合（未就学者2割負担・外来）

診療報酬明細書(医科入院外)

-								-	
公費負担者番号①	8	1	2	8	*	*	*	*	公費受給者番号①
公費負担者番号②									公費受給者番号②

氏名

職務上の事由

特記事項

診療実日数

保険公①公②

1

		1 医科	1 社	2 2 併	4 六 外
保険者番号	0	6			

療養の給付

保険	請求点	※決定点	一部負担金額 円
	500		
公費①			0
公費②			

患者負担がない場合は、「0」を記載します。
(空欄の場合、支払基金では「0」とみなして処理します。)

※高額療養費 円	※公費負担点数 点	※公費負担点数 点
----------	-----------	-----------

この事例は、医療保険と乳幼児等医療との2者併用外来の請求です。
患者負担がない場合は、負担金額欄に「0」を記載してください。空欄の場合、支払基金では「0」とみなして処理します。

総医療費

5,000 円

医療保険

4,000 円 = 5,000 (総医療費) × 0.8

市 町

1,000 円 = 5,000 (総医療費) × 0.2

患 者

0 円

事例 2-1 2者併用 患者負担がある場合(未就学者2割負担・入院)

診療報酬明細書(医科入院)									
-								-	
公費負担者番号①	8	0	2	8	*	*	*	*	公費受給者番号①
公費負担者番号②									公費受給者番号②

氏名		特記事項
職務上の事由		

	1 医科	1 社	2 2 併	3 六 入
保険者番号	0	6		

診療実日数	保険公①	5
	保険公②	

※高額療養費	

円	

療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額	円	食事・生活療養	保険	回数	請求円	※決定円	(標準負担額)	円
		公費①	25,000						3,200		公費①	15
公費②						公費②	0	0		0		

患者負担がある場合は、この欄に負担金額を記載します。

食事療養費は、福祉医療費の助成対象外のため、「0」を記載します。

この事例は、医療保険と乳幼児等医療との2者併用入院の請求です。

乳幼児等医療の入院に係る患者負担は定率1割ですが、上限(3,200 円 / 月、低所得者は2,400 円 / 月)が設けられており、連続して3か月を超える入院の場合、4か月目以降の患者負担はありません。(県助成制度の場合)

また、食事療養費等は福祉医療費助成事業の助成対象外とされていますので、食事・生活療養欄には「0」を記載してください。

総医療費 250,000 円

医療保険 200,000 円 = 250,000 (総医療費) × 0.8

$$\boxed{\text{市}} \quad \boxed{\text{町}} \quad 46,800 \text{ 円} = 250,000 \text{ (総医療費)} \times 0.2 - 3,200 \text{ (患者負担)}$$

患者	3,200 円
----	---------

事例 2-2 2者併用 患者負担がない場合(未就学者2割負担・入院)

診療報酬明細書(医科入院)										1 医科		1 社		2 2 併		3 六 入		
保険者番号										0	6							
公費負担者番号①										8	0	2	8	*	*	*	*	公費受給者番号①
公費負担者番号②																		公費受給者番号②
氏名						特記事項						診療実日数		保険公①		5		
職務上の事由														公②				
患者負担がない場合は、「0」を記載します。 (空欄の場合、支払基金では「0」とみなして処理します。)																		
療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額		円	食事・生活療養	保険	回数	請求円	※決定円	(標準負担額)		円				
	公費①	25,000		0				公費①	15	9,600		6,900						
	公費②							公費②	0	0		0						

この事例は、医療保険と乳幼児等医療との2者併用入院の請求です。
連続して3か月を超える入院の場合、4か月目以降の患者負担はありません。(県助成制度の場合)
患者負担がない場合は、負担金額欄に「0」を記載してください。空欄の場合、支払基金では「0」とみなして処理します。

総医療費 250,000 円

医療保険 200,000 円 = 250,000 (総医療費) × 0.8

市 町 50,000 円 = 250,000 (総医療費) × 0.2

患 者 0 円

事例 2-3 2者併用 限度額適用認定証提示なし(高額療養費あり)(未就学者2割負担・入院)

診療報酬明細書(医科入院)										1 医科				1 社		2 2 併		3 六 入	
保険者番号										0		6							
公費負担者番号①										8		1		2		8		*	
公費負担者番号②																		*	
公費受給者番号①																			
公費受給者番号②																			
氏名										特記事項									
職務上の事由																			
診療実日数										5									
※高額療養費										円									
請求点										※決定点									
負担金額										円									
請求点										円									
※決定点										円									
(標準負担額)										円									
保険										15									
公費①										0									
公費②																			

限度額適用認定証等の提示がない場合は、記載しません。(※高齢受給者除く。)

この事例は、医療保険と乳幼児等医療との2者併用入院の請求です。
福祉医療費助成事業に係る給付限度額は、一般の所得区分の基準額(※)で取り扱いますが、限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示がない場合、負担金額欄への記載は不要です。(高齢受給者入院及び高齢受給者外来で高額療養費が現物給付される場合は記載します。)

(※) (80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%)

総医療費	420,000 円
医療保険	338,370 円 = 420,000 (総医療費) × 0.8 + 2,370 (高額療養費)
福祉医療費 給付限度額	81,630 円 = 80,100 + (420,000 - 267,000) × 0.01
高額療養費	2,370 円 = 420,000 × 0.2 - 81,630 (給付限度額)
市 町	78,430 円 = 81,630 (給付限度額) - 3,200 (患者負担)
患者	3,200 円

事例 2-4 2者併用 限度額適用認定証提示あり(27区イ)(未就学者2割負担・入院)

診療報酬明細書(医科入院)										1 医科				1 社		2 2 併		3 六 入	
保険者番号										0		6							
公費負担者番号①										8		1		2		8		*	
公費負担者番号②																		*	
氏名										特記事項									
										27 区イ									
限度額認定証等の提示があった場合、適用区分(コードと略称)を記載します。										限度額認定証等の適用区分にかかわらず、福祉医療費の給付限度額は、一般の所得区分の基準額(※)で取り扱いいます。									
※高額療養費										円									
療養の給付										円									
保険										請求									
42,000										※決定									
公費①										負担金額									
81,630										円									
公費②										円									
3,200										円									
食事・生活療養										円									
保険										請求									
15										※決定									
公費①										標準負担額									
9,600										円									
公費②										円									
0										円									
0										円									

この事例は、医療保険と乳幼児等医療との2者併用入院の請求です。
限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証が提示された場合は、特記事項欄に適用区分(コードと略称)を記載します。
福祉医療費助成事業に係る給付限度額は、限度額適用認定証等の適用区分にかかわらず、一般の所得区分の基準額(※)で取り扱いいます。
限度額認定証等の提示があり、高額療養費が現物給付される場合は、医療保険に係る負担金額欄に負担金を記載します。

総医療費	420,000 円
医療保険	338,370 円 = 420,000 (総医療費) × 0.8 + 2,370 (高額療養費)
福祉医療費 給付限度額	81,630 円 = 80,100 + (420,000 - 267,000) × 0.01
高額療養費	2,370 円 = 420,000 × 0.2 - 81,630 (給付限度額)
市 町	78,430 円 = 81,630 (給付限度額) - 3,200 (患者負担)
患者	3,200 円

事例 2-5 2者併用 限度額適用認定証提示あり(29区エ)(未就学者2割負担・入院)

診療報酬明細書(医科入院)										1 医科				1 社		2 2 併		3 六 入											
保険者番号										0		6																	
氏名										特記事項																			
職務上の事由										29 区エ																			
公費負担者番号①										8		1		2		8		*		*		*		*		公費受給者番号①			
公費負担者番号②																								公費受給者番号②					
診療実日数										5																			
※高額療養費										円																			
負担金額										円																			
療養の給付										保険		42,000				81,630		請求		円		※決定		円		(標準負担額)		円	
公費①																3,200		食事・生活療養		保険		15		9,600				6,900	
公費②																		0		公費①		0		0				0	
公費②																				公費②									

限度額認定証等の適用区分にかかわらず、福祉医療費の給付限度額は、一般の所得区分の基準額(※)で取り扱いいます。

限度額認定証等の提示があった場合、適用区分(コードと略称)を記載します。

この事例は、医療保険と乳幼児等医療との2者併用入院の請求です。

限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証が提示された場合は、特記事項欄に適用区分(コードと略称)を記載します。

福祉医療費助成事業に係る給付限度額は、限度額適用認定証等の適用区分にかかわらず、一般の所得区分の基準額(※)で取り扱いいます。

限度額認定証等の提示があり、高額療養費が現物給付される場合は、医療保険に係る負担金額欄に負担金を記載します。

総医療費 420,000 円

医療保険 338,370 円 = 420,000 (総医療費) × 0.8 + 2,370 (高額療養費)

【福祉医療費 給付限度額 81,630 円 = 80,100 + (420,000 - 267,000) × 0.01】

【高額療養費 2,370 円 = 420,000 × 0.2 - 81,630 (給付限度額)】

市 町 78,430 円 = 81,630 (給付限度額) - 3,200 (患者負担)

患者 3,200 円

事例 3 自立支援医療(精神通院)との3者併用(家族3割負担・外来)

診療報酬明細書(医科入院外)

1 医科	1 社	3 3 併	6 家 外
保険者番号	0	6	

公費負担者番号①	2	1	*	*	*	*	*	*	公費受給者番号①
公費負担者番号②	4	4	2	8	*	*	*	*	公費受給者番号②

氏名		特記事項
職務上の事由		

福祉医療費助成事業は、国公費が給付する部分については助成しません。

公費①に国公費を、公費②に福祉医療費助成事業の負担者番号・受給者番号をそれぞれ記載します。

診療実日数	保険	2
	公①	1
	公②	1

療養の給付	請求点	※決定点	一部負担金額 円
	3,000		
	2,000		2,000
公費②	1,000		600

※高額療養費 円

※公費負担点数 点

※公費負担点数 点

この事例は、医療保険と自立支援医療(精神通院)と重度精神障害者医療との3者併用外来の請求です。

福祉医療費助成事業は、国公費が給付する部分については助成を行わないため、総点数から国公費に係る点数を除いた部分が助成の対象となります。

なお、国公費に係る患者負担についても、福祉医療費助成事業は助成を行いません。

総医療費

30,000 円

医療保険

$21,000 \text{ 円} = 30,000 \text{ (総医療費)} \times 0.7$

自立支援

$4,000 \text{ 円} = 20,000 \text{ (自立支援医療に係る医療費)} \times 0.3 - 2,000 \text{ (患者負担)}$

市 町

$2,400 \text{ 円} = 10,000 \text{ (重度精神障害者医療に係る医療費)} \times 0.3 - 600 \text{ (患者負担)}$

患 者

$2,600 \text{ 円} = 2,000 \text{ (自立支援医療 患者負担)} + 600 \text{ (重度精神障害者医療 患者負担)}$

事例 4-1 小児慢性医療との3者併用(家族3割負担・外来)

診療報酬明細書(医科入院外)

-								-	
公費負担者番号①	5	2	*	*	*	*	*	公費受給者番号①	
公費負担者番号②								公費受給者番号②	

氏名

職務上の事由

特記事項

福祉医療費助成事業への請求が生じない場合、公費負担者番号等は記載不要です。

診療実日数

保険公①公②

2

1 医科	1 社	2 2 併	6 家 外
保険者番号	0	6	

「3併」ではなく、「2併」で請求します。

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

この事例は、医療保険と小児慢性特定疾病医療とこども医療との3者併用外来の請求です。

福祉医療費助成事業は、国公費が給付する部分については助成を行わず、国公費に係る患者負担についても助成しません。したがって、こども医療への請求が生じないため、こども医療に係る公費負担者番号等の記載は不要です。

また、保険種別については、「3併」ではなく「2併」になりますのでご注意ください。

総医療費

20,000 円

医療保険

14,000 円 = 20,000 (総医療費) × 0.7

小児慢性

4,000 円 = 20,000 (小児慢性医療に係る医療費) × 0.3 - 2,000 (患者負担)

市 町

0 円

患者

2,000 円

事例 4-2 小児慢性医療との3者併用(未就学者2割負担・入院)

診療報酬明細書(医科入院)

1 医科										1 社										3 3 併										3 六 入									
保険者番号										0 6																													
-										-																													
公費負担者番号①										5 2 * * * * *										公費受給者番号①																			
公費負担者番号②										8 1 2 8 * * * *										公費受給者番号②																			

氏名

職務上の事由

特記事項

29 区工

小児慢性医療受給者証の適用区分(コードと略称)を記載します。

診療実日数

保険

7

公①

3

公②

4

※高額

療養の給付

保険

75,000

決定点

負担金額

(57,600)

(81,930)

139,530

公費①

30,000

5,000

公費②

45,000

3,200

食事・生活療養

21

13,440

7,860

公費①

9

4,140

2,340

公費②

0

0

0

括弧書き上段には小児慢性医療に係る給付限度額を、括弧書き下段には乳幼児等医療に係る給付限度額をそれぞれ再掲します。

この事例は、医療保険と小児慢性医療と乳幼児等医療との3者併用入院の請求です。
小児慢性医療に係る給付限度額は、小児慢性医療受給者証に記載された適用区分により取り扱いますが、福祉医療費助成事業に係る給付限度額は、一般の所得区分の基準額(※)となります。

(※) $(80,100\text{円} + (\text{医療費} - 267,000\text{円}) \times 1\%)$

総医療費

750,000 円

医療保険

$610,470 \text{ 円} = 750,000(\text{総医療費}) \times 0.8 + 2,400(\text{高額療養費}) + 8,070(\text{高額療養費})$

小児慢性

$52,600 \text{ 円} = 57,600 \text{ (小児慢性医療に係る給付限度額)} - 5,000(\text{患者負担})$

【 給付限度額

57,600 円 = 適用区分「区工」

】

【 高額療養費

2,400 円 = $300,000 \times 0.2 - 57,600(\text{給付限度額})$

】

市 町

$78,730 \text{ 円} = 81,930 \text{ (乳幼児等医療に係る給付限度額)} - 3,200(\text{患者負担})$

【 給付限度額

81,930 円 = $80,100 + (450,000 - 267,000) \times 0.01$

】

【 高額療養費

8,070 円 = $450,000 \times 0.2 - 81,930(\text{給付限度額})$

】

患 者

$8,200 \text{ 円} = 5,000 \text{ (小児慢性医療 患者負担)} + 3,200 \text{ (乳幼児等医療 患者負担)}$

14

事例 4-3 難病医療との3者併用(本人3割負担・入院)

診療報酬明細書(医科入院)

1 医科										1 社										3 3 併										1 本 入									
保険者番号										0 6																													

-										-																			
公費負担者番号①										5 4 * * 6 0 1 *										公費受給者番号①									
公費負担者番号②										4 1 2 8 * * * *										公費受給者番号②									

氏名											特記事項
職務上の事由											27 区イ

特定医療費(指定難病)受給者証の適用区分(コードと略称)を記載します。

診療実日数	保険	5
	公①	4
	公②	1

※高額療養費

円

療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額	円	食事・生活療養	回数	請求	円	※決定	円	(標準負担額)	円
		50,000					15	9,600				4,500	
	公費①	48,000		10,000			0	0				0	
	公費②	2,000		4,000		0	0				0		

この事例は、医療保険と難病医療と高齢期移行助成との3者併用入院の請求です。
難病医療に係る給付限度額は、特定医療費(指定難病)受給者証に記載された適用区分により取り扱いますが、福祉医療費助成事業に係る給付限度額は、一般の所得区分の基準額(※)となります。
当該事例は高額療養費が生じないものであるため、医療保険に係る負担金額(再掲額(括弧書き含む。))は記載不要です。

(※)(80,100円+(医療費-267,000円)×1%)

総医療費

500,000 円

医療保険

350,000 円 = 500,000 (総医療費) × 0.7

難病

134,000 円 = 480,000 (難病医療に係る医療費)
× 0.3 - 10,000 (患者負担)

市 町

2,000 円 = 20,000 (高齢期移行助成に係る医療費)
× 0.3 - 4,000 (患者負担)

患者

14,000 円 = 10,000 (難病医療 患者負担)
+ 4,000 (高齢期移行助成 患者負担)

事例 5 感染症予防法（結核医療）との3者併用（家族3割負担・外来）

診療報酬明細書（医科入院外）

-								-	
公費負担者番号①	1	0	*	*	*	*	*	公費受給者番号①	
公費負担者番号②	4	1	2	8	*	*	*	公費受給者番号②	

氏名

職務上の事由

特記事項

	1 医科	1 社	3 3 併	6 家 外
保険者番号	0	6		

診療実日数

保険

公①

公②

3

2

1

療養の給付	保険	請求点	※決定点	一部負担金額 円	※高額療養費 円	※公費負担点数 点	※公費負担点数 点
	公費①	5,000					
	公費②	2,000					
		3,000		6,000			

この事例は、医療保険と感染症予防法（結核医療）と高齢期移行助成との3者併用外来の請求です。
福祉医療費助成事業は、結核予防法の給付対象とならない部分について助成を行います。

総医療費

50,000 円

医療保険

35,000 円 = 50,000（総医療費）× 0.7

感染症

5,000 円 = 20,000（感染症予防法に係る医療費）
× 0.3 - 1,000（患者負担）※感染症予防法に係る医療費の5%

市 町

3,000 円 = 30,000（高齢期移行助成に係る医療費）
× 0.3 - 6,000（患者負担）

患者

7,000 円 = 1,000（感染症予防法 患者負担）
+ 6,000（高齢期移行助成 患者負担）

事例6 特定疾病療養受療証(マル長)対象者 (本人3割負担・外来)

診療報酬明細書(医科入院外)										1 医 科		1 社		2 2 併		2 本 外		
-										保険者番号		0	6					
公費負担者番号①		8	2	2	8	*	*	*	*	公費受給者番号①								
公費負担者番号②										公費受給者番号②								
氏 名										特記事項								
職務上の事由										02 長								

療養の給付	保 険	請 求 点	※決 定 点	一部負担金額	円	
		7,000			1,200	
		公費①				
公費②						

※高額療養費	円	※公費負担点数	点	※公費負担点数	点
--------	---	---------	---	---------	---

この事例は、特定疾病療養受領証(マル長)対象者で、医療保険と重度心身障害者医療との2者併用外来の請求です。

患者負担は、1保険医療機関当たり1日 600円(低所得者は 400円)を限度に月2回までとされています。(県助成制度の場合)

1日目で本来の医療保険の一部負担金(本人3割等)が10,000円を超えた場合においても、2日目は本来の医療保険の一部負担金と重度心身障害者医療の患者負担(600円又は400円)を比較して、少ない方の額が患者負担となります。

(例) 1日目の医療 3,500点 → 3割 10,500円 (マル長のため上限 10,000円)
→ そのうち患者負担 600円を徴収

2日目の医療 500点 → 3割 1,500円 → 患者負担 600円を徴収

3日目の医療 3,000点 → 3割 9,000円 → 患者負担なし

総医療費 70,000 円

医療保険 $60,000 \text{ 円} = 70,000 \text{ (総医療費)} \times 0.7 + 11,000 \text{ (高額療養費)}$
 【高額療養費 $11,000 \text{ 円} = 70,000 \times 0.3 - 10,000 \text{ (マル長 給付限度額)} \text{】}$

市 町 8,800 円 = 10,000 (マル長 給付限度額) - 1,200 (患者負担)

患者 1,200 円 = 600 (重度心身障害者医療患者負担) × 2 回

事例 7-1 月の途中で資格を喪失した場合（本人3割負担・外来）

診療報酬明細書(医科入院外)										1 医科		1 社		2 2 併		2 本 外		
保険者番号										0	6							
公費負担者番号①										8	5	2	8	*	*	*	*	公費受給者番号①
公費負担者番号②																		公費受給者番号②
氏名										特記事項								
職務上の事由																		
療養の給付		保 険		請 求 点				※決 定 点				一部負担金額 円						
		公費①		2,000								800						
		公費②																
										※高額療養費 円		※公費負担点数 点		※公費負担点数 点				

診療 実 日 数	保 険	2
	公 ①	1
	公 ②	

この事例は、医療保険と母子家庭等医療との2者併用で、月の途中で母子家庭等医療の資格を喪失した場合の請求です。

福祉医療費助成事業の資格喪失後は医療保険単独になりますが、1枚のレセプトにまとめて請求します。

(例) 1日目の医療 1,000点 (母子家庭等医療の資格あり)
→ 母子家庭等医療に係る患者負担 800円

2日目の医療 1,000点 (母子家庭等医療の資格喪失後)
→ 医療保険の一部負担金(3割) 3,000円

総医療費 20,000 円

医療保険 14,000 円 = 20,000 (総医療費) × 0.7

市 町 2,200 円 = 10,000 (母子家庭等医療に係る医療費) × 0.3 - 800 (患者負担)

患 者 3,800 円 = 800 (母子家庭等医療 患者負担) + 3,000 (医療保険一部負担金)

事例 7-2 スポーツ共済による給付がある場合（家族3割負担・外来）

診療報酬明細書(医科入院外)

-								-	
公費負担者番号①	4	8	2	8	*	*	*	公費受給者番号①	
公費負担者番号②								公費受給者番号②	

氏名

職務上の事由

特記事項

子ども医療は、スポーツ共済による給付に関連のない診療についてのみ助成します。

診療実日数

保険公①公②

21

療養の給付	保険	請求点	※決定点	一部負担金額 円
	公費①	2,000		2,000
	公費②	1,000		

※高額療養費 円

※公費負担点数 点

※公費負担点数 点

この事例は、医療保険と子ども医療との2者併用で、独立行政法人日本スポーツ振興センター法に基づく災害共済(以下「スポーツ共済」という。)による給付がある場合の請求です。

スポーツ共済による給付が行われる部分については、子ども医療の助成対象外とされています。

同一月内の、スポーツ共済による給付と関連のない疾病(インフルエンザや湿疹など)に係る請求については、子ども医療の対象となるため、医療保険に係る請求点数と子ども医療に係る請求点数が異なります。

(例) 1日目の医療 1,000点 (スポーツ共済による給付あり(子ども医療助成対象外))
→ 医療保険の一部負担金(3割) 3,000円

2日目の医療 1,000点 (スポーツ共済とは関連のない疾病(子ども医療助成対象))
→ 子ども医療に係る患者負担 2,000円

総医療費 20,000 円

医療保険

14,000 円 = 20,000 (総医療費) × 0.7

市 町

1,000 円 = 10,000 (子ども医療に係る医療費) × 0.3 - 2,000 (患者負担)

患 者

5,000 円 = 3,000 (医療保険一部負担金) + 2,000 (子ども医療 患者負担)

(※ 3,000 円は保護者が学校等を通じ、スポーツ共済へ請求します。)

事例 8 複数の医療費助成が行われる場合（家族3割負担・外来）

診療報酬明細書(医科入院外)										1 医 科		1 社		3 3 併		6 家 外	
-									-	保険者番号		0	6				
公費負担者番号①	4	7	2	8	*	*	*	*	公費受給者番号①								
公費負担者番号②	4	8	2	8	*	*	*	*	公費受給者番号②								

氏 名						特記事項	
職務上の事由							

療養の給付	保 険	請 求 点	※決 定 点	一部負担金額	円		
	公費①	2,000		2,000		※高額療養費	円
	公費②	1,000		0		※公費負担点数	点

診療実日数	保 険	2
	公①	1
	公②	1

この事例は、医療保険とこども医療(市町①)とこども医療(市町②)との3者併用外来の請求です。

患者一人に複数の福祉医療費助成事業の受給者証が発行されることはありませんが、転居に伴い月の途中で新たな受給者証が発行される場合があります。（転居前の受給者証は失効します。）

どちらの福祉医療費助成事業にも請求がある場合は、それぞれの公費負担者番号・公費受給者番号を公費負担者番号欄・公費受給者番号欄①②に記載します。

総医療費 20,000 円

医療保険 14,000 円 = 20,000 (総医療費) × 0.7

市 町 ① $1,000 \text{ 円} = 10,000 \text{ (こども医療①に係る医療費)} \times 0.3 - 2,000 \text{ (患者負担)}$

市 町 ② $3,000 \text{ 円} = 10,000 \text{ (こども医療②に係る医療費)} \times 0.3 - 0 \text{ (患者負担)}$

患者 2,000 円 = 2,000 (こども医療① 患者負担) + 0 (こども医療② 患者負担)

事例 9-1(歯科)2者併用 患者負担がある場合 (家族3割負担・外来)

診療報酬明細書(歯科)										3 歯科				1 社		2 2 併		6 家 外															
公費負担者番号①										8 0 2 8		*		*		*		*		公費受給者番号①		保険者番号		0 6									
氏名										特記事項		届出		診療開始日		年 月 日																	
職務上の事由												補管 歯初診		診療 実日数		1 日 (日)																	
摘要										公費分 点数		請求 決定		※		点		合計		570 点													
										患者負担額 (公費)		800		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													

患者負担がある場合は、この欄に負担金額を記載します。

この事例は、医療保険と乳幼児等医療との2者併用外来 の請求です。
患者負担は、1保険医療機関当たり1日 800円(低所得者は 600円)を限度に月2回までとされており、3回目以降の患者負担はありません。(県助成制度の場合)
なお、1日に2回受診した場合も 800円が限度となります。
医療保険の一部負担金(本人3割、未就学者2割等)が1日 800円(低所得者は 600円)に満たない場合は、その額が患者負担となります。実際の窓口徴収額は10円未満を四捨五入した額になりますが、レセプトには四捨五入前の金額(1円単位)を記載してください。

総医療費		5,700 円
医療保険	3,990 円 = 5,700 (総医療費) × 0.7	
市 町	910 円 = 5,700 (総医療費) × 0.3 - 800 (患者負担)	
患 者	800 円	

事例 9-2(歯科) 2者併用 患者負担がない場合 (家族3割負担・外来)

診療報酬明細書(歯科)

-								-	
公費負担者番号①	8	1	2	8	*	*	*	*	公費受給者番号①

氏名		特記事項	届出
職務上の事由			補管 歯初診

診療開始日	年 月 日
診療実日数	1 日 (日)

患者負担がない場合は、「0」を記載します。
(空欄の場合、支払基金では「0」とみなして処理します。)

摘		公費分 点数	請求 決定	※	点 円	合計	570 点
要		患者負担額 (公費)		0	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

この事例は、医療保険と乳幼児等医療との2者併用外来の請求です。
患者負担がない場合は、負担金欄に「0」を記載してください。空欄の場合、支払基金では「0」とみなして処理します。

総医療費

5,700 円

医療保険

3,990 円 = 5,700 (総医療費) × 0.7

市 町

1,710 円 = 5,700 (総医療費) × 0.3

患 者

0 円

事例 10-1 (調剤) 2者併用 患者負担がある場合 (家族3割負担)

調剤報酬明細書										4 調剤	1 社	2 2 併	6 家 外
保険者番号										0	6		
-								-					
公費負担者番号①	8	0	2	8	*	*	*	*	公費受給者番号①				
公費負担者番号②									公費受給者番号②				
氏名								特記事項					
職務上の事由													

患者負担がある場合は、この欄に負担金額を記載します。

受付回数	保険	2
	公①	
	公②	

保 険	請 求 点	※決 定 点	一部負担金額 円	調剤基本料 円	時間外等加算 点	薬学管理料 点
	3,000					
公費①			1,600			
公費②						

この事例は、医療保険と乳幼児等医療との2者併用外来の請求です。

患者負担は、1保険医療機関当たり1日 800円(低所得者は 600円)を限度に月2回までとされており、3回目以降の患者負担はありません。(県助成制度の場合)

なお、1日に2回受診した場合も 800円が限度となります。

医療保険の一部負担金(本人3割、未就学者2割等)が1日 800円(低所得者は 600円)に満たない場合は、その額が患者負担となります。実際の窓口徴収額は10円未満を四捨五入した額になりますが、レセプトには四捨五入前の金額(1円単位)を記載してください。

総医療費 30,000 円

医療保険 21,000 円 = 30,000 (総医療費) × 0.7

市 町 7,400 円 = 30,000 (総医療費) × 0.3 - 1,600 (患者負担)

患 者 1,600 円

事例 10-2 (調剤) 2者併用 患者負担がない場合(家族3割負担)

調剤報酬明細書										4 調剤		1 社		2 2 併		6 家 外		
-										-		保険者番号	0	6				
公費負担者番号①	8	1	2	8	*	*	*	*		公費受給者番号①								
公費負担者番号②										公費受給者番号②								

氏名			特記事項
職務上の事由			

患者負担がない場合は、「0」を記載します。
(空欄の場合、支払基金では「0」とみなして処理します。)

保 険	請 求 点	※決 定 点	一部負担金額	円	調剤基本料	円	時間外等加算 点	薬学管理料 点
	3,000							
公費①	点		0		点		点	点
公費②	点				点		点	点

受付回数	保 険	2
	公①	
	公②	

この事例は、医療保険と乳幼児等医療との2者併用外来の請求です。
患者負担がない場合は、負担金欄に「0」を記載してください。空欄の場合、支払基金では「0」とみなして処理します。

総医療費 30,000 円

医療保険 21,000 円 = 30,000 (総医療費) × 0.7

$$\boxed{\text{市}} \quad \boxed{\text{町}} \quad 9,000 \text{ 円} = 30,000 (\text{総医療費}) \times 0.3$$

患者	0 円
----	-----