

島根県福祉医療費・乳幼児等医療費  
請求マニュアル  
＜島根県内調剤薬局用＞

令和6年4月版

島根県国民健康保険団体連合会

# 目 次

## はじめに

1. 島根県福祉医療費助成事業とは・・・・・・・・・・・・・・・・・・1頁
2. 島根県乳幼児等医療費助成事業とは・・・・・・・・・・・・・・・・・・1頁
3. その他・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2頁

## I 来局時について

1. 受給資格の確認・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・5頁
2. 一部負担金の徴収・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・5頁

## II 医療費の請求について

1. 請求期限・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・6頁
  2. 請求方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・6頁
- 記入項目説明・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・8頁
- 記入例 福祉医療・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・12頁
- 乳幼児等医療・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・15頁
- 電子請求ファイルレイアウト・・・・・・・・・・・・・・・・・・18頁
- 電子媒体貼付ラベル記入例・・・・・・・・・・・・・・・・・・19頁

## III 請求書の返戻と支払等について

1. 請求書の返戻・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・20頁
2. 支払・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・20頁
3. 請求の取下げ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・20頁

## 様式集

- 福祉医療費請求書（社保分）・・・・・・・・・・・・・・・・・・21頁
- 乳幼児等医療費請求書（社保分）・・・・・・・・・・・・・・・・・・22頁
- 福祉（乳幼児等）医療費請求書（社保分）  
          電子請求にかかる電子媒体送付書・・・・・・・・・・23頁

本マニュアルの最新版は、本会ホームページに掲載いたしますので、定期的にご確認ください。

（HPアドレス：<https://www.shimane-kokuho.or.jp>）

## はじめに

### 1. 島根県福祉医療費助成事業とは

福祉医療費助成対象者に対して、医療費の自己負担分を助成し、容易に医療を受けられるようにすることによって、これらの対象者の福祉の増進を図る事業です。

#### 【実施主体】

市町村（公費負担者番号等は4頁参照）

#### 【対象者】

助成対象者は次のとおりです。なお、助成対象者には福祉医療費医療証（証の名称は市町村ごとに異なる場合があります。以下、同様。（3頁の図1））が交付されます。医療証等を提示することで、対象者は助成を受けることができます。

対象者	要件	所得制限
寝たきり者	65歳以上で3ヵ月以上臥床し、他人の介助が必要な者	特別障害者 手当の所得制限を準用
重度知的障がい者（児）	療育手帳A所持者	
重度身体障がい者（児）	身障手帳1～2級所持者	
重度精神障がい者（児）	精神手帳1級所持者	
重複重度障がい者（児）	・身障手帳3～4級＋知的障がい（IQ概ね50以下） ・精神手帳2級＋身障手帳3～4級 ・精神手帳2級＋知的障がい（IQ概ね50以下）	
ひとり親家庭	18歳未満又は高校3学年修了までの児童（20歳に達した者を除く）を養育する配偶者のない者及び当該児童	所得税非課税世帯

#### 【医療費助成の範囲】

患者が負担すべき一部負担金が全額助成されます。そのため、薬局窓口での一部負担金は無料になります。

### 2. 島根県乳幼児等医療費助成事業とは

乳幼児等の医療費を助成することにより、乳幼児等の疾病の早期発見、早期治療を促進するとともに、子育てに伴う保護者の経済的負担の軽減を図り、もって乳幼児等の健全な育成及び安心して子どもを生み育てることができる環境づくりを推進する事業です。

#### 【実施主体】

市町村（公費負担者番号等は4頁参照）

#### 【対象者】

助成対象者は『出生の日から満6歳に達する日以後の最初の3月31日までにある者』です。

なお、福祉医療費助成事業と同様に、助成対象者には乳幼児医療費受給資格証（証の名称は市町村ごとに異なる場合があります。以下、同様。（3頁の図2））が交付されます。受給資格証を提示することで、対象者は助成を受けることができます。

#### 【医療費助成の範囲】

福祉医療費と同様に、患者が負担すべき一部負担金が全額助成されます。そのため、薬局窓口での一部負担金は無料になります。

なお、市町村によっては、上記の対象者に加え、助成対象年齢を拡大し、更なる患者負担の軽減を行っています。

各市町村の事業拡大状況は島根県・市町村単独医療費助成事業の自己負担限度額一覧（4頁）のとおりです。

### 3. その他

福祉医療費、乳幼児等医療費ともに、他の公費負担制度を優先して適用します。

なお、他公費併用の場合も、福祉医療費及び乳幼児等医療費について薬局窓口で助成の取扱いができます。

【参考1】

福祉医療費医療証及び乳幼児医療費受給資格証（例）

図1

(福) 福祉医療費医療証	
公費負担者番号	9 1 3 2 0 0 0 0
受給者番号	0 0 0 0 0 0 0 /
助成対象者	住所 島根県〇〇市〇〇町〇〇番地
	氏名 〇〇 〇〇〇 男女
	生年月日 年 月 日
負担割合	
負担限度額	入院 入院外
	円/月 円/月
有効期間	自 令和〇〇年〇〇月〇〇日から 至 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで
交付年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
発行機関名及び印	島根県 〇〇市 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">公印</span>
備考	

図2

(乳) 乳幼児医療費受給資格証	
公費負担者番号	9 0 3 2 0 0 0 0
記号番号	0 0 0 0 0 0 0 /
受給資格者	氏名 〇〇 〇〇〇
	住所 島根県〇〇市〇〇町〇〇番地
乳幼児	氏名 〇〇 〇〇〇
	生年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日
	住所 島根県〇〇市〇〇町〇〇番地
加入保険	被保険者氏名 〇〇 〇〇〇
	記号番号 〇〇-〇〇〇〇
	保険者名称 〇〇〇〇 保険
本人負担	
支払上限	入院 入院外
	円/月 円/月
有効期間	自 令和〇〇年〇〇月〇〇日から 至 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで
令和〇〇年〇〇月〇〇日 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">〇〇市長 公印</span>	

※当該証は、各市町村で発行しています。様式は市町村ごとに若干異なりますが、概ね上図のとおりです。

【参考2】

福祉医療受給者番号の構成

福祉医療の受給者番号は7桁で構成されており、1桁目と2桁目にはそれぞれの区分に応じた数字が設定されています。詳細は以下のとおりです。

《受給者番号》



1桁目

数字	対象者
1	寝たきり
2	知的
3	身障
4	重複
5	ひとり親
6	後期高齢
0	精神
上記以外（7～9）	市町村拡大分

2桁目

数字	所得区分等
6	一般
7	市町村民税世帯非課税者
8	20歳未満の障がい児・者

## 島根県・市町村単独医療費助成事業の自己負担限度額一覧 (令和6年4月調剤分～)

### <島根県>

島根県	乳幼児医療 (0歳から就学前)	福祉医療
	無料	無料

※令和3年4月から小学6年生まで拡大

### <市町村>

No.	公費負担者番号 (上段：福祉) (下段：乳幼児等)	市町村名	乳幼児医療 0歳～就学前	こども医療（乳幼児医療拡大分）			福祉医療
				小学生	中学生	～市町村指定年齢	
1	91320010 90320011	松江市	県制度に準じる	無料	無料	/	県制度に準じる
2	91320028 90320029	浜田市		無料	無料	無料 (～18歳到達後の最初の3月31日)	
3	91320036 90320037	出雲市		無料	無料	/	
4	91320044 90320045	益田市		無料	無料	/	
5	91320051 90320052	大田市		無料※1	無料※1	/	
6	91320069 90320060	安来市		無料	無料	/	
7	91320077 90320078	江津市		無料	無料	無料 (～18歳到達後の最初の3月31日)	
8	91320093 90320094	雲南市		無料	無料	/	
9	91320788 90320789	川本町		無料	無料	無料 (～18歳到達後の最初の3月31日)	
10	91320911 90320912	津和野町		無料	無料	無料 (～18歳到達後の最初の3月31日)	
11	91320994 90320995	海士町		無料	無料	無料 (～18歳到達後の最初の3月31日)	
12	91321000 90321001	西ノ島町		無料	無料	無料 (～18歳到達後の最初の3月31日)	
13	91321018 90321019	知夫村		無料	無料	無料 (～18歳到達後の最初の3月31日)	
14	91321026 90321027	奥出雲町		無料	無料	無料 (～18歳到達後の最初の3月31日)	
15	91321034 90321035	飯南町		無料	無料	無料 (～18歳到達後の最初の3月31日)	
16	91321042 90321043	美郷町		無料	無料	/	
17	91321059 90321050	邑南町		無料	無料	無料 (～18歳到達後の最初の3月31日)	
18	91321067 90321068	吉賀町		無料	無料	無料 (～高校3年生)	
19	91321075 90321076	隠岐の島町		無料	無料	無料 (～18歳到達後の最初の3月31日)	

※1 大田市のこども医療は国保分のみ

※2 網掛部分は前回からの変更点

島根県・市町村単独医療費助成事業の自己負担限度額は変更される場合があります。最新の情報を島根県国保連のホームページに掲載いたしますので、定期的にご確認ください。(HPアドレス：<https://www.shimane-kokuho.or.jp>)

## I 来局時について

### 1. 受給資格の確認

#### (1) 福祉医療費医療証、乳幼児医療費受給資格証の有無の確認

来局された方が、島根県内の市町村が発行した福祉医療費医療証又は乳幼児医療費受給資格証を持参されているか確認してください。

なお、持参されていない場合は、助成は行わず、医療保険の一部負担金を徴収してください。

#### (2) 限度額適用認定証等の確認

高額療養費が現物給付される場合は、保険一部負担金額の記載が必要です。以下の条件に従い、受診された方のマイナンバーカード又は認定証等を確認してください。

受診者	確認する認定証等
70歳未満の方 70歳以上の非課税世帯等の方	マイナンバーカード又は限度額適用認定証等
70歳以上 75歳未満で、非課税世帯等ではない方	マイナンバーカード又は高齢受給者証等
75歳以上で、非課税世帯等ではない方	マイナンバーカード又は後期高齢者医療被保険者証等

#### (3) その他公費の受給者証、特定疾病療養受療証の有無の確認

原則、福祉医療費・乳幼児等医療費よりも他の公費を優先して適用することとされているため、他公費の受給資格の有無又は特定疾病療養受療証の有無を確認してください。

### 2. 一部負担金の徴収

福祉医療費・乳幼児等医療費助成対象となる方の一部負担金は全額助成となりますので、一部負担金は徴収しません。

## Ⅱ 医療費の請求について

島根県の福祉医療費と乳幼児等医療費は本会に請求してください。

※ただし、大田市の乳幼児等医療費（就学後）は国保分のみ

### 【請求・問い合わせ先】

〒690-0825

島根県松江市学園一丁目7番14号

島根県国民健康保険団体連合会 審査課

TEL：0852-21-2114（医科）21-2130（歯科・調剤）

FAX：0852-21-3550

E-mail：sinsa@shimane-kokuho.or.jp

HPアドレス：<https://www.shimane-kokuho.or.jp>

### 1. 請求期限

本会へ請求書を提出する期限 毎月10日

### 2. 請求方法

#### （1）国保及び後期高齢者医療分

レセプトの公費負担者番号及び受給者番号欄に福祉医療費又は乳幼児等医療費の情報を記入して提出してください。

#### （2）社保分

##### ①紙媒体

連記様式の請求書（福祉：21頁、乳幼児等：22頁）を作成し（本会ホームページからダウンロードが可能）提出してください。

記入項目については、記入項目説明（8頁～11頁）、記入例（12頁～16頁）を参照ください。

また、診療報酬等総括票の県単独医療分の該当欄に請求件数を記入してください。

##### ②電子媒体（FD、MO、CD-R）

電子請求ファイルレイアウト（18頁）に基づき、請求データを作成後、電子媒体にデータを格納のうえ提出ください。

なお、本会が提供する簡易入力システムでも請求データの作成が可能です。

また、当該入力システム及び各種手順書は本会ホームページからダウンロードが



可能です。

おって、電子媒体で請求する場合は事前テストができますので、希望される場合はご連絡ください。

電子媒体には記入例（19頁）を参照のうえ、薬局コード等を記入し、『福祉（乳幼児等）医療費請求書（社保分）電子請求にかかる電子媒体等送付書』（23頁）を添付のうえ提出ください。

福

令和

年

月分

福祉医療費請求書（社保分）

福祉医療負担者番号

9	1	3	2				
---	---	---	---	--	--	--	--

福祉医療負担者名

様

医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--

令和 年 月 日

区分	件数	日数	点数	一部負担金額	02長 件数
入院①	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪
入院外②					
公 費 再 掲	91	⑫	⑬	⑭	

保険医療機関の  
所在地及び名称  
開設者氏名  
電話番号

⑥

「本家入外」欄

- 1...本人入院 2...本人外来 3...未就学者入院 4...未就学者外来 5...家族入院 6...家族外来
- 7...高齢受給者一般・低所得者入院 8...高齢受給者一般・低所得者外来
- 9...高齢受給者7割給付入院 0...高齢受給者7割給付外来

8

福祉医療 受給者番号	福祉医療 対象者氏名	保険者番号	被保険者証 記号番号	公費負担者 番号①	公費受給者 番号①	診療 年月	本家 入外	生年月日	給付 割合	特記 事項	日数	保険点数	公費①点数	公費併用時 福祉点数	一部負担 金額	公費①一部 負担金額	控除額
⑮	⑯	⑰	⑱	⑲	⑳	㉑	㉒	㉓	㉔	㉕	㉖	㉗	㉘	㉙	㉚	㉛	㉜

※項目の説明はP11参照



**参 考**

(レセプト併記の場合) ※数字は記入項目説明の項番と一致します。

調剤報酬明細書 令和 <sup>21</sup>年 月分 県番：32 薬コ：<sup>4</sup> 4 調剤 <sup>22</sup>

公費負担者番号①	<sup>2</sup> (3併時は <sup>19</sup> )	公費負担医療の受給者番号①	<sup>15</sup> (3併時は <sup>20</sup> )
公費負担者番号②	(3併時 <sup>2</sup> )	公費負担医療の受給者番号②	(3併時 <sup>15</sup> )

保険者番号	<sup>17</sup>	給付割合	<sup>24</sup>
記号・番号	<sup>18</sup>		

氏名	<sup>16</sup>	特記事項	<sup>25</sup>
性別	生年月日 <sup>23</sup>		
職務上の事由			

受付回数	保 <sup>26</sup> 回
	① 回
	② 回

保 険	請 求 点	※ 決 定 点	一部負担金額 円
	<sup>27</sup>		<sup>30</sup>
公費①	<sup>29</sup> (3併時は <sup>28</sup> )		3併時は <sup>31</sup>
公費②	(3併時 <sup>29</sup> )		

※項目の説明はP11参照

○記入項目説明

※福祉、乳幼児欄 ○：必須項目、△：該当の場合のみ記入

項番	福祉	乳幼児	項目名	記載内容
①	○	○	請求年月	請求する年月
②	○	○	福祉医療/乳幼児等医療負担者番号	福祉医療費又は乳幼児等医療費の負担者番号
③	○	○	福祉医療/乳幼児等医療負担者名	福祉医療費又は乳幼児等医療費の負担者（市町村）名
④	○	○	医療機関コード	保険薬局コード（数字7桁）
⑤	○	○	請求年月日	請求する年月日
⑥	○	○	保険医療機関の所在地及び名称・開設者氏名・電話番号	薬局の所在地、名称、開設者氏名及び電話番号
⑦	○	○	件数	連記部分に記載した、入院外分（本家入外欄が2、4、6、8、0の請求）の件数の合計
⑧	○	○	日数	連記部分に記載した、入院外分（本家入外欄が2、4、6、8、0の請求）の日数（項番⑥）の合計
⑨	○	○	点数	連記部分に記載した、入院外分（本家入外欄が2、4、6、8、0の請求）の保険点数（項番⑦）の合計
⑩	△	△	一部負担金額	連記部分に記載した、入院外分（本家入外欄が2、4、6、8、0の請求）の一部負担金額（項番⑩）の合計
⑪	△	△	02長件数	連記部分に記載した、入院外分（本家入外欄が2、4、6、8、0の請求）の特記事項（項番⑫）に02と記載した請求の件数の合計
⑫	○	○	公費再掲件数	連記部分に記載した、福祉医療費又は乳幼児等医療費の請求件数 公費併用時は、下段に公費法別番号及び請求件数
⑬	○	○	公費再掲点数	連記部分に記載した、福祉医療費又は乳幼児等医療費の請求点数の合計 公費併用時は、下段に公費請求点数の合計
⑭	○	○	公費再掲一部負担金額	連記部分に記載した、福祉医療又は乳幼児等医療の控除額（項番⑮）の合計 公費併用時は、下段に連記部分に記載した、公費①一部負担金額（項番⑯）の合計
⑮	○	○	福祉医療/乳幼児等医療受給者番号	福祉医療費又は乳幼児等医療費の受給者番号（数字7桁）
⑯	○	○	福祉医療/乳幼児等医療対象者氏名	福祉医療費又は乳幼児等医療費の受給対象者氏名
⑰	○	○	保険者番号	対象者が加入している保険の保険者番号
⑱	○	○	被保険者証記号番号	対象者が加入している保険の被保険者（証記号）番号
⑲	△	△	公費負担者番号①	公費併用時、公費負担者番号（数字8桁）
⑳	△	△	公費受給者番号①	公費併用時、公費受給者番号（数字7桁）
㉑	○	○	診療年月	調剤年月（数字4桁） 例）令和5年4月⇒0504
㉒	○	○	本家入外	本家入外区分（1から0までの数字1桁） 2：本人外来 4：未就学者外来 6：家族外来 8：高齢受給者・後期高齢者医療 一般・低所得者外来 0：高齢受給者・後期高齢者医療 7割給付外来
㉓	○	○	生年月日	生年月日 例）昭和12年3月4日⇒S12.3.4
㉔	○	○	給付割合	保険給付割合（数字1桁） ※本家入外区分と一致した給付割合 給付割合7：本家入外2、6、0 給付割合8：本家入外4、8 給付割合9：本家入外8
㉕	△	△	特記事項	特記事項（02：長、16：長2、17：上位、18：一般、19：低所、26：区ア、27：区イ、28：区ウ、29：区エ、30：区オ、31：多ア、32：多イ、33：多ウ、34：多エ、35：多才、41：区カ、42：区キ、43：多カ、44：多キ等）
㉖	○	○	日数	受付回数
㉗	○	○	保険点数	保険点数
㉘	△	△	公費①点数	公費併用時の公費①の請求点数 ※保険点数（項番㉗）と同点数の場合は省略可
㉙	△	△	公費併用時福祉/乳幼児等点数	公費併用時の福祉又は乳幼児等請求点数（保険点数（項番㉗）－公費①点数（項番㉘）） ※保険点数（項番㉗）及び公費①点数（項番㉘）が同点数の場合は省略可
㉚	△	△	一部負担金額	保険一部負担金額
㉛	△	△	公費①一部負担金額	公費併用時の公費①に係る一部負担金額
㉜	△	△	控除額	福祉医療費又は乳幼児等医療費の一部負担金額（窓口徴収額） ※調剤薬局の請求は記載不要です。













## 島根県・市町村単独医療費助成事業における 福祉医療と乳幼児等医療の併用に係る取り扱いについて

<市町村>

No.	公費負担者番号 (上段:福祉) (下段:乳幼児等)	市町村名	0歳から就学前まで		就学後			
					いずれかの助成により 患者負担が無料となる場合		《一部負担金の比較》	
			医科・歯科	調剤	医科・歯科	調剤	福祉 > こども医療 の場合	福祉=こども医療 の場合
1	91320010 90320011	松江市	乳幼児医療のみ	乳幼児医療のみ	こども医療のみ	こども医療のみ		
2	91320028 90320029	浜田市	併用	どちらか一方		どちらか一方	併用	福祉医療のみ
3	91320036 90320037	出雲市	乳幼児医療のみ	乳幼児医療のみ		福祉医療のみ	併用	福祉医療のみ
4	91320044 90320045	益田市	併用	福祉医療のみ		福祉医療のみ	併用	福祉医療のみ
5	91320051 90320052	大田市	併用	どちらか一方	併用	福祉医療のみ		
6	91320069 90320060	安来市	併用	乳幼児医療のみ	併用	福祉医療のみ		
7	91320077 90320078	江津市	併用	福祉医療のみ		福祉医療のみ	併用	福祉医療のみ
8	91320093 90320094	雲南市	乳幼児医療のみ	乳幼児医療のみ	併用	福祉医療のみ		
9	91320788 90320789	川本町	併用	福祉医療のみ	併用	福祉医療のみ		
10	91320911 90320912	津和野町	併用	福祉医療のみ	併用	福祉医療のみ		
11	91320994 90320995	海士町	併用	どちらか一方	併用	どちらか一方		
12	91321000 90321001	西ノ島町	乳幼児医療のみ	乳幼児医療のみ	併用	福祉医療のみ		
13	91321018 90321019	知夫村	乳幼児医療のみ	乳幼児医療のみ	こども医療のみ	こども医療のみ		
14	91321026 90321027	奥出雲町	併用	どちらか一方	併用	どちらか一方		
15	91321034 90321035	飯南町	併用	福祉医療のみ	併用	福祉医療のみ		
16	91321042 90321043	美郷町	併用	福祉医療のみ	併用	福祉医療のみ		
17	91321059 90321050	邑南町	乳幼児医療のみ	乳幼児医療のみ	併用	福祉医療のみ		
18	91321067 90321068	吉賀町	併用	福祉医療のみ	併用	福祉医療のみ		
19	91321075 90321076	隠岐の島町	併用	乳幼児医療のみ	併用	福祉医療のみ		

# 福祉医療費及び乳幼児等医療費電子請求ファイルレイアウト(社保分)

令和4年9月診療分から

18

No.	項目	バツ数	乳幼児等医療	福祉医療	説明
1	保険医療機関等コード	固定 10	○	○	自機関の10桁コード(32T*****) T:点数表区分 医科:1 歯科:3 調剤:4
2	旧総合病院 診療科	固定 2	△	△	旧総合病院の診療科(平成22年3月診療分以前に限る)(該当しない場合は未設定にする)
3	福祉医療/乳幼児等医療 負担者番号	固定 8	○	○	福祉医療、及び乳幼児等医療の負担者番号
4	福祉医療/乳幼児等医療 受給者番号	最大 7	○	○	福祉医療、及び乳幼児等医療の受給者番号
5	氏名	最大 100	○	○	漢字氏名、又はカナ氏名(全角のみ)
6	保険者番号	最大 8	○	○	社会保険の保険者番号
7	被保険者証記号	最大 40	○	○	全角のみ
8	被保険者証番号	最大 40	○	○	全角のみ
9	公費①負担者番号	固定 8	△	△	公費併用時、その公費負担者番号を編集
10	公費①受給者番号	最大 7	△	△	公費併用時、その公費受給者番号を編集
11	公費②負担者番号	固定 8	△	△	公費併用時、その公費負担者番号を編集
12	公費②受給者番号	最大 7	△	△	公費併用時、その公費受給者番号を編集
13	診療年月	固定 5	○	○	和暦年月:gyymm(g:4=平成、5=令和)
14	保険制度	1	○ (1)	○ (1)	1=社保(固定)
15	本人家族入外	1	○ (3~6)	○ (1~0)	1=入院、3=未就学児入院、5=家族入院、7=高齢者(一般)入院、9=高齢者(一定以上)入院、2=外来、4=未就学児外来、6=家族外来、8=高齢者(一般)外来、0=高齢者(一定以上)外来
16	性別	1	○	○	1=男、2=女
17	生年月日	固定 7	○	○	和暦年月日:gyymmdd(g:1=明治、2=大正、3=昭和、4=平成、5=令和)
18	給付割合	固定 2	○	○	保険者負担割合を%で編集(70,80)
19	特記事項	最大 8	△	△	02=長、16=長2、17=上位、18=一般、19=低所、26=区ア、27=区イ、28=区ウ、29=区エ、30=区オ、31=多ア、32=多イ、33=多ウ、34=多エ、35=多才等(特記事項が複数ある場合は連続入力【例】「0229」)
20	在宅総合診療料	1	/	△	1=「在宅時医学総合管理料」「在宅末期医療総合診療科」を算定した場合(平成24年3月診療分以前に限る)(該当しない場合は未設定にする)
21	診療日数	最大 2	○	○	診療実日数
22	保険点数	最大 7	○	○	
23	公費①点数	最大 7	△	△	公費併用時、その公費点数を編集(保険点数と同点の場合は省略可)
24	公費②点数	最大 7	△	△	公費併用時、その公費点数を編集(保険点数と同点の場合は省略可)
25	福祉医療/乳幼児等医療 点数	最大 7	△	△	福祉医療、及び乳幼児等医療に係る点数(保険点数と同点の場合は省略可)
26	(公費負担医療に係る一部負担金額)	最大 6	△	△	公費併用時、保険一部負担額内の公費に係る金額を編集
27	(福祉/乳幼児等医療費に係る一部負担金額)	最大 6	△	△	公費併用時、保険一部負担額内の福祉医療、及び乳幼児等医療に係る金額を編集
28	保険一部負担額	最大 6	△	△	一部負担金額を編集
29	公費①一部負担額	最大 6	△	△	公費併用時、公費分の患者負担額を編集
30	公費②一部負担額	最大 6	△	△	公費併用時、公費分の患者負担額を編集
31	福祉医療/乳幼児等医療 控除額	最大 5	△	△	福祉医療/乳幼児等医療の県制度に従った一部負担額

○	必須項目
△	該当する場合のみ必須項目
/	編集出来ない項目

- ・ CSV形式(レコード末尾に0x0d0aが付加されている事)とする
- ・ Shift-JISコードであること。また、外字(0xf040 ~ 0xf9fc)は対応していない(Windows10で表示可能な文字である事)
- ・ 項目ごとの括り文字はカンマ(0x2c)のみとし、その他の文字(タブ<0x09>等)は不可
- ・ 列データをダブルクォーテーション(0x22)で括られていても構わないが、列データ中にカンマを混入しない事
- ・ 列データの前後空白(0x20)は無視する為、固定長CSV形式でも可
- ・ 1件目に見出し行を付けない事
- ・ ~番号・日数・点数・金額の前ゼロは、あっても無くても構わない
- ・ 未設定にする項目にはNull(カンマを続ける)かスペース(0x20)を設定し、ゼロ(0x30)を設定しない事

・ ファイル名

**GYMM\_32T\*\*\*\*\*.csv**

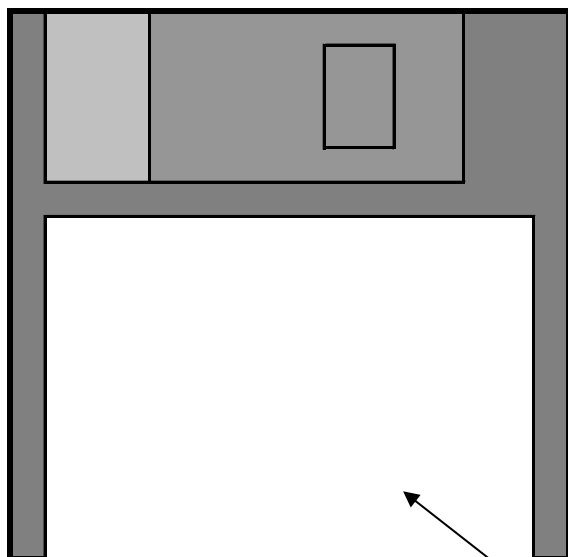
G : 元号(令和=5)  
 YY : 年  
 MM : 月(提出月)

} 提出年月(5桁)

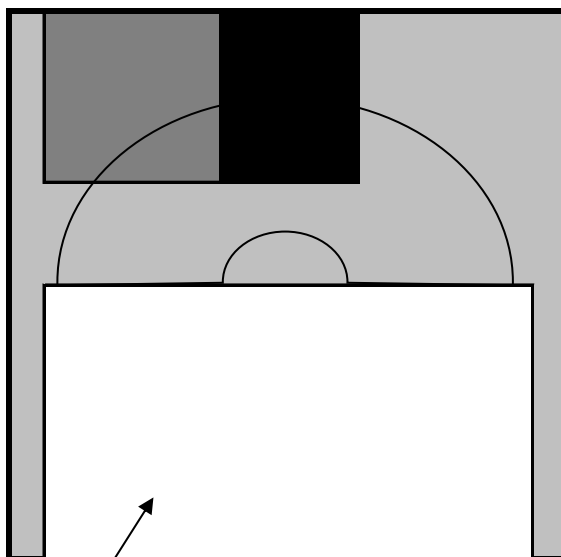
T : 点数表区分(1桁)  
 医科:1 歯科:3 調剤:4  
 \*\*\*\*\*: 自機関コード(7桁)

社保分 福祉（乳幼児等）医療費電子請求用  
電子媒体貼付ラベル記入例

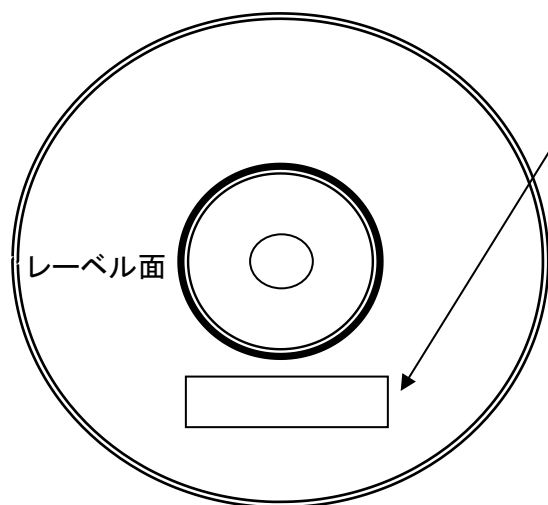
FD用



MO用



CD-R用



省略可

保険薬局コード  
保険薬局名称  
調剤月分  
提出年月日

〇〇-〇〇〇〇-〇  
〇〇〇〇薬局  
〇年 〇月調剤分  
〇年 〇月 〇日

島根県国保連合会提出用

県単・市単助成事業（社保分）請求

※レーベル面にシール等を貼付せずに、  
フェルトペン等により記入すること。

## Ⅲ 請求書の返戻と支払等について

### 1. 請求書の返戻

#### (1) 国保及び後期高齢者医療分

記載不備等により返戻する場合、『増減点等及び返戻通知書』の摘要欄に事由を記載します。該当レセプトを併せて返送します。

#### (2) 社保分

##### ①紙媒体

全件返戻する場合 … 『増減点等及び返戻通知書』の摘要欄に返戻と記載します。請求書を併せて返送します。

一部返戻する場合 … 『増減点等及び返戻通知書』の摘要欄に削除と記載します。請求書の該当行は本会で取り消し線を引き、市町村へ送付します。請求書は返送しません。

##### ②電子媒体

『増減点等及び返戻通知書』の摘要欄に削除と記載します。請求データは返送しません。

※『増減点等及び返戻通知書』は、福祉医療費及び乳幼児等医療費を請求された月の翌月初めに発送します。

### 2. 支払

支払が決定した福祉医療費及び乳幼児等医療費は他の診療報酬等と併せて『診療報酬等支払通知書』により通知します。この通知書は、請求月の翌月中旬に発送します。

本会からの振込日      診療報酬等支払日  
(金融機関休業日の場合は、翌営業日)

### 3. 請求の取下げ

医療費に係る請求の取下げが必要となった場合は、本会へ『診療報酬明細書等取下げ依頼書』を提出(郵送)してください。

なお、取下げ(返戻)処理後に、『増減点等及び返戻通知書』(請求と同一月処理の場合)、又は『過誤結果通知書』(過月請求分処理の場合)により通知します。

様式集







島根県国民健康保険団体連合会 御中

住 所  
開 設 者  
氏 名

福祉（乳幼児等）医療費請求書（社保分）電子請求にかかる電子媒体等送付書

医療機関（薬局）コード			
医療機関（薬局）名称			
診療（調剤）月分	令和 年 月診療（調剤）分		
提出年月日	令和 年 月 日		
媒体種類	FD	MO	CD-R
備 考			

※ 媒体種類については、該当に○を付すこと。

**請 求・問い合わせ先**

〒690-0825 島根県松江市学園一丁目7番14号

島根県国民健康保険団体連合会 審査課

T E L : 0852-21-2114 (医科) 21-2130 (歯科・調剤)

F A X : 0852-21-3550

E-mail : [sinsa@shimane-kokuho.or.jp](mailto:sinsa@shimane-kokuho.or.jp)

HPアドレス : <https://www.shimane-kokuho.or.jp>