島根県福祉医療費・乳幼児等医療費
請　求　マ　ニ　ュ　ア　ル
＜島根県外医療機関（医科・歯科）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・・・・・・・・・・・・・・2頁
3．その他・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2頁

Ⅰ　受診時について

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．請求を始めるまえに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・6頁
2．請求期限・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・6頁
3．請求方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・6頁
4．請求時の注意事項・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・7頁
記入項目説明・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・8頁
記入例　福祉医療・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・12頁
　　　　乳幼児等医療・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・16頁
電子請求ファイルレイアウト・・・・・・・・・・・・・・・・・・・21頁
電子媒体貼付ラベル記入例・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・22頁

Ⅲ　請求書の返戻と支払等について

1．請求書の返戻・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・23頁
2．支払・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・23頁
3．請求の取下げ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・23頁

様式集

診療報酬等費用の請求及び受領に関する届（県外医療機関等用）・24頁
〃　記載要領・・25頁
福祉医療費請求書（県外医療機関等分）・・・・・・・・・・・・・26頁
乳幼児等医療費請求書（県外医療機関等分）・・・・・・・・・・・27頁
福祉・乳幼児等医療費請求総括票（県外医療機関等分）・・・・・28頁
増減点等及び返戻通知書・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・29頁
診療報酬等支払通知書・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・30頁
福祉及び乳幼児等医療費請求書取下げ（返戻）依頼書・・・・・・31頁
過誤結果通知書・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・32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のうち、医療機関ごとに１月につき総医療費の１割（福祉医療費医療証等に記載のある負担限度額を超える場合はその負担限度額）を控除した額が助成されます。

また、市町村によっては、この助成に上乗せ・拡大をし、更なる患者負担の軽減を行っています。

各市町村の助成内容は島根県・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。

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のうち、医療機関ごとに１月につき総医療費の１割（乳幼児医療費受給資格証等に記載された負担限度額を超える場合はその負担限度額）を控除した額が助成されます。

また、市町村によっては、この助成に上乗せ・拡大をし、更なる患者負担の軽減を行っています。

各市町村の助成内容は島根県・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医療機関窓口で助成の取扱いができます。

また、特定疾病療養受療証を提示された場合（特記事項『０２長』又は『１６長２』に該当する場合）も、他公費と同様に併用が可能です。

【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○○市○○町○○番地	
	氏名	○○　○○○	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○○年○○月○○日から 至　令和○○年○○月○○日まで	
交付年月日		令和○○年○○月○○日	
発行機関名及び印		島根県 ○○市	公印
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	○○　○○○	
	住所	島根県○○市○○町○○番地	
乳幼児	氏名	○○　○○○	
	生年月日	令和○○年○○月○○日	
	住所	島根県○○市○○町○○番地	
加入保険	被保険者氏名	○○　○○○	
	記号番号	○○－○○○○	
	保険者名称	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○○年○○月○○日から 至　令和○○年○○月○○日まで	
令和○○年○○月○○日 ○○市長			公印

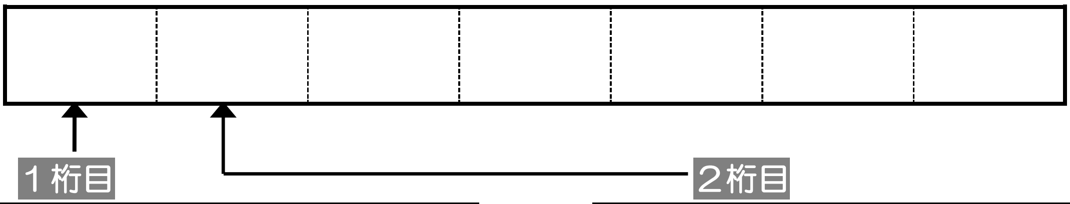
※当該証は、各市町村で発行しています。様式は市町村ごとに若干異なりますが、概ね上図のとおりです。

【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≫



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

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月診療分～）

＜島根県＞

<table>
<tr><th colspan="2">乳幼児医療
（0歳から就学前）</th><th colspan="4">福祉医療</th></tr>
<tr><th>入院</th><th>外来</th><th colspan="2">入院</th><th colspan="2">外来</th></tr>
<tr><td rowspan="3">総医療費の1割を
自己負担
上限2,000円</td><td rowspan="3">総医療費の1割を
自己負担
上限1,000円</td><td rowspan="3">総医療費の1割
を自己負担</td><td>（一）20,000円</td><td rowspan="3">総医療費の1割
を自己負担</td><td>（一）6,000円</td></tr>
<tr><td>（非）2,000円</td><td>（非）1,000円</td></tr>
<tr><td>（障）2,000円</td><td>（障）1,000円</td></tr>
</table>

※令和3年4月から小学6年生まで拡大

（一）・・・一般　**（受給者番号の２桁目が『６』）**

（非）・・・市町村民税世帯非課税者　**（受給者番号の２桁目が『７』）**

（障）・・・２０歳未満の障がい児・者　**（受給者番号の２桁目が『８』）**

＜市町村＞

<table>
<tr><th rowspan="3">No.</th><th rowspan="3">公費負担者番号
（上段：福祉）
（下段：乳幼児等）</th><th rowspan="3">市町村名</th><th rowspan="2">乳幼児医療
（0歳から就学前）</th><th colspan="6">こども医療（乳幼児医療拡大分）</th><th rowspan="3">福祉医療</th></tr>
<tr><th rowspan="2">対象</th><th colspan="2"></th><th rowspan="2">対象</th><th colspan="2"></th></tr>
<tr><th>入院・外来共通</th><th>入院</th><th>外来</th><th>入院</th><th>外来</th></tr>
<tr><td>1</td><td>91320010
90320011</td><td>松江市</td><td rowspan="19">無料</td><td>小学生</td><td>無料</td><td>無料</td><td>中学生</td><td>無料</td><td>無料</td><td rowspan="19">県制度に
準じる</td></tr>
<tr><td>2</td><td>91320028
90320029</td><td>浜田市</td><td>小学生</td><td>総医療費の1割を
自己負担
上限2,000円</td><td>総医療費の1割を
自己負担
上限1,000円</td><td>中学生～
18歳到達後
最初の3月31日</td><td>医療保険の
自己負担額
上限2,000円</td><td>医療保険の
自己負担額
上限1,000円</td></tr>
<tr><td>3</td><td>91320036
90320037</td><td>出雲市</td><td>小学生</td><td>総医療費の1割を
自己負担
上限2,000円</td><td>総医療費の1割を
自己負担
上限1,000円</td><td>中学生</td><td>総医療費の1割を
自己負担
上限2,000円</td><td>総医療費の1割を
自己負担
上限1,000円</td></tr>
<tr><td>4</td><td>91320044
90320045</td><td>益田市</td><td>小学生</td><td>総医療費の1割を
自己負担
上限2,000円</td><td>総医療費の1割を
自己負担
上限1,000円</td><td>中学生</td><td>総医療費の1割を
自己負担
上限2,000円</td><td>総医療費の1割を
自己負担
上限1,000円</td></tr>
<tr><td>5</td><td>91320051
90320052</td><td>大田市</td><td>小学生</td><td>無料</td><td>無料</td><td>中学生</td><td>無料</td><td>無料</td></tr>
<tr><td>6</td><td>91320069
90320060</td><td>安来市</td><td>小学生</td><td>無料</td><td>無料</td><td>中学生</td><td>無料</td><td>無料</td></tr>
<tr><td>7</td><td>91320077
90320078</td><td>江津市</td><td>小学生</td><td>総医療費の1割を
自己負担
上限2,000円</td><td>総医療費の1割を
自己負担
上限1,000円</td><td>中学生～
18歳到達後
最初の3月31日</td><td>総医療費の1割を
自己負担
上限2,000円</td><td>総医療費の1割を
自己負担
上限1,000円</td></tr>
<tr><td>8</td><td>91320093
90320094</td><td>雲南市</td><td>小学生</td><td>無料</td><td>無料</td><td>中学生</td><td>無料</td><td>無料</td></tr>
<tr><td>9</td><td>91320788
90320789</td><td>川本町</td><td>小学生</td><td>無料</td><td>無料</td><td>中学生～
18歳到達後
最初の3月31日</td><td>無料</td><td>無料</td></tr>
<tr><td>10</td><td>91320911
90320912</td><td>津和野町</td><td>小学生</td><td>無料</td><td>無料</td><td>中学生～
18歳到達後
最初の3月31日</td><td>無料</td><td>無料</td></tr>
<tr><td>11</td><td>91320994
90320995</td><td>海士町</td><td>小学生</td><td>無料</td><td>無料</td><td>中学生～
18歳到達後
最初の3月31日</td><td>無料</td><td>無料</td></tr>
<tr><td>12</td><td>91321000
90321001</td><td>西ノ島町</td><td>小学生</td><td>無料</td><td>無料</td><td>中学生～
18歳到達後
最初の3月31日</td><td>無料</td><td>無料</td></tr>
<tr><td>13</td><td>91321018
90321019</td><td>知夫村</td><td>小学生</td><td>無料</td><td>無料</td><td>中学生～
18歳到達後
最初の3月31日</td><td>無料</td><td>無料</td></tr>
<tr><td>14</td><td>91321026
90321027</td><td>奥出雲町</td><td>小学生</td><td>無料</td><td>無料</td><td>中学生～
18歳到達後
最初の3月31日</td><td>無料</td><td>無料</td></tr>
<tr><td>15</td><td>91321034
90321035</td><td>飯南町</td><td>小学生</td><td>無料</td><td>無料</td><td>中学生～
18歳到達後
最初の3月31日</td><td>無料</td><td>無料</td></tr>
<tr><td>16</td><td>91321042
90321043</td><td>美郷町</td><td>小学生</td><td>無料</td><td>無料</td><td>中学生</td><td>無料</td><td>無料</td></tr>
<tr><td>17</td><td>91321059
90321050</td><td>邑南町</td><td>小学生</td><td>無料</td><td>無料</td><td>中学生～
18歳到達後
最初の3月31日</td><td>無料</td><td>無料</td></tr>
<tr><td>18</td><td>91321067
90321068</td><td>吉賀町</td><td>小学生</td><td>無料</td><td>無料</td><td>中学生～
高校生</td><td>無料</td><td>無料</td></tr>
<tr><td>19</td><td>91321075
90321076</td><td>隠岐の島町</td><td>小学生</td><td>無料</td><td>無料</td><td>中学生～
18歳到達後
最初の3月31日</td><td>無料</td><td>無料</td></tr>
</table>

※　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　受診時について

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

受診された方が、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・乳幼児等医療費ともに１月につき総医療費の１割（福祉医療費医療証及び乳幼児医療費受給資格証に記載された負担限度額を超える場合はその限度額）を一部負担金として徴収します。

なお、助成上乗せ・拡大を行っている市町村については、負担限度額が異なる場合や、負担がない場合もありますので、福祉医療費医療証及び乳幼児医療費受給資格証に記載された内容に従って、一部負担金を徴収してください。

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。

【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．請求を始めるまえに

福祉医療費及び乳幼児等医療費を振込む口座を登録します。『診療報酬等費用の請求及び受領に関する届（県外保険医療機関等用）』（２４頁、島根県国保連のホームページからダウンロードが可能）を送付しますので、記入例（２５頁）を参考に記入し、提出（郵送）してください。

なお、届出内容に変更が生じる場合にも、当該届を提出してください。

また、記入方法等についてご不明な点がございましたら、上記問い合わせ先までご連絡ください。

２．請求期限

本会へ請求書を提出する期限　　毎月１０日

３．請求方法

請求は、紙媒体（連記様式の請求書）又は電子媒体とし、両媒体とも『福祉・乳幼児等医療費請求総括票（県外医療機関分）』（２８頁）を添付して提出ください。

国保、社保、後期高齢者医療分ともすべて本会に請求してください。

なお、一枚の請求書に国保、社保、後期高齢者医療分が混在してもかまいません。

（1）紙媒体

連記様式の請求書（福祉：２６頁、乳幼児等：２７頁）を手書き、又はエクセルシート（本会ホームページからダウンロードが可能）に入力後、印刷し提出してください。

記入項目については、記入項目説明（８頁～１１頁）、記入例（１２頁～２０頁）を参照ください。

また、請求総括票の紙媒体分欄に件数をご記入のうえ、連記様式の請求書と併せて提出ください。

（２）電子媒体（ＦＤ、ＭＯ、ＣＤ－Ｒ）

電子請求ファイルレイアウト（２１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（２２頁）を参照のうえ、医療機関コード等を記入し、請求総括票の電子媒体分欄をご記入のうえ、提出ください。

４．請求時の注意事項

（１）レセプトには、島根県の福祉医療費及び乳幼児等医療費の請求内容の記入は不要

従来どおり保険請求のみ記入し、自県の審査支払機関へご提出ください。

（２）福祉医療費及び乳幼児等医療費が発生しない場合は、請求不要

例えば、後期高齢者医療被保険者で、一般所得（保険給付割合９割）、福祉医療費の一部負担金限度額が6,000 円の場合、窓口徴収額が6,000 円以下であれば福祉医療費が発生しないため請求は不要です。

（３）請求内容に不備があった場合

本会から電話で連絡いたします。

なお、請求方法等についてご不明な点がございましたら、前頁の問い合わせ先までご連絡ください。

福　令和　年①　月分　福祉医療費請求書（県外医療機関分）

福祉医療負担者番号②

9	1	3	2				

福祉医療負担者名　③　様

医療機関コード④

令和　年　月　日⑤

保険医療機関の
所在地及び名称
開 設 者 氏 名
電 話 番 号
⑥

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	

「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･後期高齢者医療 一般･低所得者入院　8･･･高齢受給者･後期高齢者医療 一般･低所得者外来
9･･･高齢受給者･後期高齢者医療 7割給付入院　0･･･高齢受給者･後期高齢者医療 7割給付外来

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P10･11参照

乳幼　令和　①　年　月分　乳幼児等医療費請求書（県外医療機関分）

乳幼児等医療負担者番号 ②

9	0	3	2				

乳幼児等医療負担者名 ③ 様

医療機関コード ④

令和　年　月　日 ⑤

保険医療機関の
所在地及び名称
開 設 者 氏 名
電 話 番 号
⑥

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	90	⑫		⑬	⑭	

「本家入外」欄
3･･･未就学者入院　4･･･未就学者外来　5･･･家族入院　6･･･家族外来

乳幼児等医療受給者番号	乳幼児等医療対象者氏名	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	公費併用時乳幼児等点数	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P10・11参照

○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	医療機関コード（数字10桁） 【10桁の構成】 ３１　１　９９９９９９９ ①　②　　　③ ①都道府県番号　　鳥取県：31　　広島県：34　　山口県：35 ②点数表区分　　医科：1　　歯科：3 ③医療機関コード
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	保険医療機関の所在地、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、入院分（本家入外欄が1、3、5、7、9の請求）の件数の合計 下段は入院外分（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、入院分（本家入外欄が1、3、5、7、9の請求）の日数（項番㉖）の合計 下段は入院外分（本家入外欄が2、4、6、8、0の請求）の日数（項番㉖）の合計
⑨	○	○	点数	連記部分に記載した、入院分（本家入外欄が1、3、5、7、9の請求）の保険点数（項番㉗）の合計 下段は入院外分（本家入外欄が2、4、6、8、0の請求）の保険点数（項番㉗）の合計
⑩	△	△	一部負担金額	連記部分に記載した、入院分（本家入外欄が1、3、5、7、9の請求）の一部負担金額（項番㉚）の合計 下段は入院外分（本家入外欄が2、4、6、8、0の請求）の一部負担金額（項番㉚）の合計
⑪	△	△	02長件数	連記部分に記載した、入院分（本家入外欄が1、3、5、7、9の請求）の特記事項（項番㉕）に、02と記載した請求の件数の合計 下段は入院外分（本家入外欄が2、4、6、8、0の請求）の特記事項（項番㉕）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㉜）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㉛）の合計

項番	福祉	乳幼児	項　目　名	記　　載　　内　　容
⑮	〇	〇	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	〇	〇	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	〇	〇	保険者番号	対象者が加入している国民健康保険、後期高齢者医療保険又は社会保険の保険者番号
⑱	〇	〇	被保険者証記号番号	対象者が加入している国民健康保険、後期高齢者医療保険又は社会保険の被保険者（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	〇	〇	診療年月	診療年月（数字4桁）　例）令和5年4月⇒0504
㉒	〇	〇	本家入外	本家入外区分（1から0までの数字1桁） 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・後期高齢者医療　一般・低所得者入院 8：高齢受給者・後期高齢者医療　一般・低所得者外来　　9：高齢受給者・後期高齢者医療　７割給付入院 0：高齢受給者・後期高齢者医療　７割給付外来
㉓	〇	〇	生年月日	生年月日　例）昭和34年5月6日⇒S34.5.6
㉔	〇	〇	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1、2、5、6、9、0 給付割合８：本家入外3、4、7、8 給付割合９：本家入外7、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：多オ、41：区カ、42：区キ、43：多カ、44：多キ等）
㉖	〇	〇	日数	診療実日数
㉗	〇	〇	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/乳幼児等医療点数	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）

福祉医療記入例

福　令和　○○　年　○　月分　福祉医療費請求書（県外医療機関分）

福祉医療負担者番号

9	1	3	2	○	○	○	○

福祉医療負担者名　●●市　様

医療機関コード

○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

令和　○○　年　○○　月　○○　日

保険医療機関の所在地及び名称　●●医院
●●県●●市●●町○○
開設者氏名　●●　●●
電話番号　○○○-○○○-○○○○

区分		件数	日数	点数	一部負担金額	02長件数
入院①		4	38	85,000	57,600	
入院外②		5	30	108,300	118,730	1
公費再掲	91	9		170,700	57,000	
	21	1		9,600	2,500	
	15	1		13,000	5,000	

「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･後期高齢者医療一般･低所得者入院　8･･･高齢受給者･後期高齢者医療一般･低所得者外来
9･･･高齢受給者･後期高齢者医療7割給付入院　0･･･高齢受給者･後期高齢者医療7割給付外来

事例	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
1	○○○○○○○	●●　●●	321111	99-1111111			0510	1	S**.**.**	7	28	10	18,000					18,000
2	○○○○○○○	●●　●●	01322222	777777777			0510	6	S**.**.**	7	30	1	3,500					1,000
3	○○○○○○○	●●　●●	321111	99-2222222			0510	7	S**.**.**	8	30	4	5,000					2,000
4	事例４の請求はなし																	
5	○○○○○○○	●●　●●	39323333	66666666			0510	8	S**.**.**	9	42	6	4,200					1,000
6	○○○○○○○	●●　●●	321111	99-3333333	15329999	9999999	0510	5	S**.**.**	7	02	9	15,000	13,000	2,000		5,000	2,000
7	○○○○○○○	●●　●●	03213333	5555555			0510	2	S**.**.**	7	28	12	53,000			82,730		6,000
8	○○○○○○○	●●　●●	321111	99-8888888			0510	7	S**.**.**	8	29	15	47,000			57,600		20,000
9	○○○○○○○	●●　●●	321111	99-9999999	21329999	9999999	0510	8	S**.**.**	8	30	3	9,600			18,000	2,500	1,000
10	○○○○○○○	●●　●●	39324444	44444444			0510	8	S**.**.**	8	41	8	38,000			18,000		6,000

記入例の解説

ポイント✎　控除額欄には、総医療費の一割相当額と福祉医療負担限度額を比較し、金額が少ない方を記入

- 総医療費の一割相当額　＞　福祉医療負担限度額　　⇒　　福祉医療負担限度額を記入
- 総医療費の一割相当額　＜　福祉医療負担限度額　　⇒　　総医療費の一割相当額を記入

※福祉医療負担限度額は、４頁の参考または本会ホームページに掲載の「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」を参照してください。

ポイント✎　福祉医療費が発生しない場合は、請求は不要

福祉医療費が発生しない場合は、福祉医療費請求書による請求は不要です。

≪高額療養費現物給付なし≫

事例１ 入院・70歳未満・保険福祉併用・高額療養費現物給付なし

保険種別：国民健康保険　本家入外：本人入院（給付割合：７割）　所得区分：28区ウ　保険点数：18,000点　福祉医療負担限度額：20,000円

⇩

（一部負担金額欄）高額療養費の現物給付が行われないため、記入しない

（控除額欄）18,000点×10円×1割　＜　20,000円　⇒　18,000円を記入

事例2 外来・70歳未満・保険福祉併用・高額療養費現物給付なし

保険種別：社会保険　本家入外：家族外来（給付割合：７割）　所得区分：30区オ　保険点数：3,500点　福祉医療負担限度額：1,000円

⇩

（一部負担金額欄）高額療養費の現物給付が行われないため、記入しない

（控除額欄）3,500点×10円×1割　＞　1,000円　⇒　1,000円を記入

事例3 入院・70歳以上・保険福祉併用・高額療養費現物給付なし

保険種別：国民健康保険　本家入外：高齢受給者入院（給付割合：８割）　所得区分：30区オ（Ⅰ）　保険点数：5,000点　福祉医療負担限度額：2,000円

⇩

（一部負担金額欄）高額療養費の現物給付が行われないため、記入しない

（控除額欄）5,000点×10円×1割　＞　2,000円　⇒　2,000円を記入

○福祉医療費給付なし

事例4 外来・70歳以上・保険難病（法別：54）併用（福祉医療給付なし）・高額療養費現物給付なし

保険種別：国民健康保険　本家入外：高齢受給者外来（給付割合：８割）　所得区分：29区エ　保険点数：8,300点　福祉医療負担限度額：6,000円

公費①点数：8,300点（保険点数と同点）　公費①一部負担限度額：5,000円

⇩

8,300点×10円×1割　＞　5,000円　**かつ**　6,000円　＞　5,000円　⇒　**福祉医療費が発生しないため請求不要**

事例5 外来・後期高齢者医療・保険福祉併用・高額療養費現物給付なし

保険種別：後期高齢者医療　本家入外：後期高齢者医療外来（給付割合：9割）　所得区分：42区キ　保険点数：4,200点　福祉医療負担限度額：1,000円

⇩

（一部負担金額欄）高額療養費の現物給付が行われないため、記入しない

（控除額欄）4,200点×10円×1割　＞　1,000円　⇒　1,000円を記入

ポイント✎　高額療養費が現物給付される場合は一部負担金額欄を記入

一部負担金額は、レセプトと同様に『診療報酬請求書等の記載要領等について』を参考に記入してください。

ポイント✎　公費併用時、公費対象点数が保険点数と異なる場合は、それぞれの点数等を記入

公費併用時、公費対象点数が保険点数と異なる場合は、公費①点数を記入し、福祉点数は（保険点数）－（公費①）点数を記入

≪高額療養費現物給付あり≫

〇更生医療（法別：15）・特定疾病療養（02長）併用あり

事例6　入院・70歳未満・保険15福祉併用（３併）・高額療養費現物給付あり

保険種別：国民健康保険
本家入外：家族入院（給付割合：７割）
所得区分：限度額認定証等の提示なし（不明）
保険点数：15,000点
特定疾病療養（02長）限度額：10,000円
公費①点数：13,000点
公費①一部負担限度額：5,000円
福祉医療負担限度額：2,000円

⇩

（公費①点数欄）13,000点を記入　　（公費併用時福祉点数欄）15,000点－13,000点＝2,000点　⇒　2,000点を記入

（一部負担金額欄）高額療養費の現物給付が行われるが、70歳未満で限度額適用認定証等の提示がないため記入不要　　（公費①一部負担金額欄）5,000円を記入

（控除額欄）15,000点×10円×1割　＞　2,000円　⇒　2,000円を記入

事例7　外来・70歳未満・保険福祉併用・高額療養費現物給付あり

保険種別：社会保険
本家入外：本人外来（給付割合：７割）
所得区分：28区ウ
保険点数：53,000点
高額療養費負担限度額：80,100円＋（医療費－267,000円）×1%
福祉医療負担限度額：6,000円

⇩

（一部負担金額欄）80,100円＋（53,000点×10円－267,000円）×1%＝82,730円　⇒　82,730円を記入

（控除額欄）53,000点×10円×1割　＞　6,000円　⇒　6,000円を記入

事例8　入院・70歳以上・保険福祉併用・高額療養費現物給付あり

保険種別：国民健康保険
本家入外：高齢受給者入院（給付割合：８割）
所得区分：29区エ
保険点数：47,000点
高額療養費負担限度額：57,600円
福祉医療負担限度額：20,000円

⇩

（一部負担金額欄）47,000点×10円×2割　＞　57,600円　⇒　57,600円を記入

（控除額欄）47,000点×10円×1割　＞　20,000円　⇒　20,000円を記入

ポイント✎　高額療養費が現物給付される場合は一部負担金額欄を記入

一部負担金額は、レセプトと同様に『診療報酬請求書等の記載要領等について』を参考に記入してください。

ポイント✎　公費併用時、公費対象点数が保険点数と異なる場合は、それぞれの点数等を記入

公費併用時、公費対象点数が保険点数と異なる場合は、公費①点数を記入し、福祉点数は（保険点数）－（公費①）点数を記入

≪高額療養費現物給付あり≫

○自立支援医療（法別：21）併用あり

事例9 <u>外来・70歳以上・保険21福祉併用（３併）・高額療養費現物給付あり</u>

保険種別：国民健康保険
本家入外：高齢受給者外来（給付割合：８割）
所得区分：30区オ（Ⅰ）
保険点数：9,600点

公費①点数：9,600点（保険点数と同点）
高額療養費負担限度額：18,000円　※特定給付対象療養（公費２１）の高額療養費算定基準額
公費①一部負担限度額：2,500円
福祉医療負担限度額：1,000円

⇩

（公費①点数欄）保険点数と同点数のため、**<u>省略可</u>**
（一部負担金額欄）9,600点×10円×2割　＞　18,000円　⇒　**<u>18,000円を記入</u>**
（控除額欄）9,600点×10円×1割　＞　1,000円　⇒　**<u>1,000円を記入</u>**

（公費併用時福祉点数欄）保険点数と公費①点数が同点数のため、**<u>省略可</u>**
（公費①一部負担金額欄）<u>2,500円を記入</u>

事例10 <u>外来・後期高齢者医療・保険福祉併用・高額療養費現物給付あり</u>

保険種別：後期高齢者医療
本家入外：後期高齢者医療外来（給付割合：8割）
所得区分：41区カ

保険点数：38,000点
高額療養費負担限度額：18,000円
福祉医療負担限度額：6,000円

⇩

（一部負担金額欄）38,000点×10円×2割　＞　18,000円　⇒　**<u>18,000円を記入</u>**
（控除額欄）38,000点×10円×1割　＞　6,000円　⇒　**<u>6,000円を記入</u>**

乳幼児等医療記入例

(乳幼)　令和　　年　　月分　乳幼児等医療費請求書（県外医療機関分）

乳幼児等医療負担者番号

9	0	3	2	○	○	○	○

乳幼児等医療負担者名　**●●市**　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		3	22	115,000	164,860	
入院外 ②		①②8 ③7	①②12 ③11	①②51,400 ③51,100	57,600	
公費再掲	90	①②11 ③10		①②151,900 ③151,600	①空欄 ②4,100 ③4,000	
	52	2		11,000	5,000	
	91	2		3,500	3,000	

保険医療機関の所在地及び名称　**●●医院**
●●県●●市●●町○○
開設者氏名　**●●　●●**
電話番号　**○○○-○○○-○○○○**

「本家入外」欄
3･･･未就学者入院　4･･･未就学者外来　5･･･家族入院　6･･･家族外来

事例	乳幼児等医療受給者番号	乳幼児等医療対象者氏名	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	公費併用時乳幼児等点数	一部負担金額	公費①一部負担金額	控除額
1	○○○○○○○	●●　●●	01321111	11111111			0510	4	R**.**.**	8	28	1	800					
2	○○○○○○○	●●　●●	322222	99-2222222			0510	4	R**.**.**	8	29	5	30,000			57,600		
3	○○○○○○○	●●　●●	32321111	33333333			0510	3	R**.**.**	8	28	10	50,000			82,430		
4	○○○○○○○	●●　●●	322222	99-4444444			0510	3	R**.**.**	8	28	2	15,000					
5	○○○○○○○	●●　●●	01321111	55555555	91329999	7777777	0510	4	R**.**.**	8	30	1	1,500				1,000	
6	○○○○○○○	●●　●●	322222	99-6666666	52329999	1111111	0510	4	R**.**.**	8	28	1	8,000				2,500	
7	○○○○○○○	●●　●●	32321111	77777777	52329999	2222222	0510	4	R**.**.**	8	30	1	8,000	3,000	5,000		2,500	
8	○○○○○○○	●●　●●	322222	99-8888888			0510	5	H**.**.**	7	28	10	50,000			82,430		①空欄 ②③2,000
9	○○○○○○○	●●　●●	01321111	99999999			0510	6	H**.**.**	7	28	1	800					①空欄 ②800 ③1,000
10	○○○○○○○	●●　●●	322222	99-0000000	91329999	6666666	0510	6	H**.**.**	7	28	1	2,000				2,000	①空欄 ②③1,000
11	○○○○○○○	●●　●●	32321111	12121212			0510	6	H**.**.**	7	30	1	300					①空欄 ②300 ③請求不要

記入例の解説

ポイント✎　患者負担がない場合は、控除額欄は記入しない

患者負担がない場合の控除額欄は、「0」ではなく空欄としてください。

ポイント✎　高額療養費が現物給付される場合は一部負担金額欄を記入

一部負担金額は、レセプトと同様に『診療報酬請求書等の記載要領等について』を参考に記入してください。

≪未就学児≫

事例１ 外来・未就学者・保険乳幼児等併用・高額療養費現物給付なし

保険種別：社会保険
本家入外：未就学者外来（給付割合：８割）
所得区分：28区ウ

保険点数：800点
乳幼児等医療負担限度額：無料

（一部負担金額欄）高額療養費の現物給付が行われないため、記入しない

（控除額欄）市町村制度により患者負担なし　⇒　記入しない

事例２ 外来・未就学者・保険乳幼児等併用・高額療養費現物給付あり

保険種別：国民健康保険
本家入外：未就学者外来（給付割合：８割）
所得区分：29区エ

保険点数：30,000点
高額療養費負担限度額：57,600円
乳幼児等医療負担限度額：無料

（一部負担金額欄）30,000点×10円×2割　＞　57,600円
⇒　57,600円を記入

（控除額欄）市町村制度により患者負担なし　⇒　記入しない

事例３ 入院・未就学者・保険乳幼児等併用・高額療養費現物給付あり

保険種別：社会保険
本家入外：未就学者入院（給付割合：８割）
所得区分：28区ウ

保険点数：50,000点
高額療養費負担限度額：80,100円＋（医療費－267,000円）×1%
乳幼児等医療負担限度額：無料

（一部負担金額欄）80,100円＋（50,000点×10円－267,000円）×1%
＝　82,430円　⇒　82,430円を記入

（控除額欄）市町村制度により患者負担なし　⇒　記入しない

事例4 入院・未就学者・保険乳幼児等併用・高額療養費現物給付なし

保険種別：国民健康保険
本家入外：未就学者入院（給付割合：８割）
所得区分：28区ウ

保険点数：15,000点
乳幼児等医療負担限度額：無料

（一部負担金額欄）高額療養費の現物給付が行われないため、記入しない

（控除額欄）市町村制度により患者負担なし　⇒　記入しない

ポイント✎　公費併用時、公費対象点数が保険点数と異なる場合は、それぞれの点数等を記入

公費併用時、公費対象点数が保険点数と異なる場合は、公費①点数を記入し、乳幼児等点数は（保険点数）－（公費①）点数を記入

ポイント✎　福祉医療併用時は、乳幼児等医療費請求書で請求

福祉医療と乳幼児等医療の併用時は、福祉医療を公費①とし、乳幼児等医療費請求書で請求してください。
※ただし、松江市の乳幼児等医療（就学後）と福祉医療併用者の場合は、福祉医療費は請求せず、乳幼児等医療（就学後）のみ請求すること。

事例5 外来・未就学者・保険福祉乳幼児等併用・高額療養費現物給付なし

保険種別：社会保険
本家入外：未就学者外来（給付割合：８割）
所得区分：30区オ
保険点数：1,500点

公費①点数：1,500点
福祉医療負担限度額：1,000円
乳幼児等医療負担限度額：無料

⇩

（公費①点数欄） 保険点数と同点のため、省略可
（一部負担金額欄） 高額療養費の現物給付が行われないため、記入しない
（控除額欄） 市町村制度により患者負担なし　⇒　記入しない

（公費併用時乳幼児等点数欄） 保険点数と公費①点数が同点のため省略可
（公費①一部負担金額欄） 1,500点×10円×1割　＞　1,000円
⇒　1,000円を記入

事例6 外来・未就学者・保険小児慢性特定疾病（法別：52）乳幼児等併用（３併）・高額療養費現物給付なし

保険種別：国民健康保険
本家入外：未就学者外来（給付割合：８割）
所得区分：28区ウ
保険点数：8,000点

公費①点数：8,000点
公費①一部負担限度額：2,500円
乳幼児等医療負担限度額：無料

⇩

（公費①点数欄） 保険点数と同点のため、省略可
（一部負担金額欄） 高額療養費の現物給付が行われないため、記入しない
（控除額欄） 市町村制度により患者負担なし　⇒　記入しない

（公費併用時乳幼児等点数欄） 保険点数と公費①点数が同点のため、省略可
（公費①一部負担金額欄） 2,500円を記入

事例7 外来・未就学者・保険小児慢性特定疾病（法別：52）乳幼児等併用（３併）・高額療養費現物給付なし

保険種別：社会保険
本家入外：未就学者外来（給付割合：８割）
所得区分：30区オ
保険点数：8,000点

公費①点数：3,000点
公費①一部負担限度額：2,500円
乳幼児等医療負担限度額：無料

⇩

（公費①点数欄） 3,000点を記入
（一部負担金額欄） 高額療養費の現物給付が行われないため、記入しない
（控除額欄） 市町村制度により患者負担なし　⇒　記入しない

（公費併用時乳幼児等点数欄） 8,000点－3,000点＝5,000点　⇒　5,000点を記入
（公費①一部負担金額欄） 2,500円を記入

ポイント✎　患者負担がある場合は、自己負担額（総医療費の１割相当額または医療保険の自己負担額）と、乳幼児等医療（就学後）の上限額を比較し、金額が少ない方を記入

・総医療費の１割相当額または医療保険の自己負担額　＞　乳幼児等医療（就学後）の上限額　⇒　乳幼児等医療（就学後）の上限額を記入

・総医療費の１割相当額　＜　乳幼児等医療（就学後）の上限額　⇒　総医療費の１割相当額を記入

・医療保険の自己負担額　＜　乳幼児等医療（就学後）の上限額　⇒　乳幼児等医療（就学後）負担なしのため請求不要

※乳幼児等医療負担限度額は、４頁の参考または本会ホームページに掲載の「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」を参照してください。

≪就学者≫

事例8 **入院・就学者・保険乳幼児等併用・高額療養費現物給付あり**

保険種別：国民健康保険　　　高額療養費負担限度額：80,100円＋（医療費－267,000円）×1%

本家入外：家族入院（給付割合：７割）　　乳幼児等医療負担限度額：①無料の場合、②総医療費の１割を自己負担（上限2,000円）とする場合

所得区分：28区ウ　　　③医療保険の自己負担額（上限2,000円）とする場合

保険点数：50,000点

⇩

（一部負担金額欄）80,100円＋（50,000点×10円－267,000円）×1%

＝　82,430円　⇒　**82,430円を記入**

（控除額欄）①市町村制度により患者負担なし　⇒　**記入しない**

②50,000点×10円×1割　＞　2,000円　⇒　**2,000円を記入**

③50,000点×10円×3割　＞　2,000円　⇒　**2,000円を記入**

事例9 **外来・就学者・保険乳幼児等併用・高額療養費現物給付なし**

保険種別：社会保険　　　保険点数：800点

本家入外：家族外来（給付割合：７割）　　乳幼児等医療負担限度額：①無料の場合、②総医療費の１割を自己負担（上限1,000円）とする場合

所得区分：28区ウ　　　③医療保険の自己負担額（上限1,000円）とする場合

⇩

（一部負担金額欄）高額療養費の現物給付が行われないため、**記入しない**

（控除額欄）①市町村制度により患者負担なし　⇒　**記入しない**

②800点×10円×1割　＜　1,000円　⇒　**800円を記入**

③800点×10円×3割　＞　1,000円　⇒　**1,000円を記入**

ポイント✎　患者負担がある場合は、自己負担額（総医療費の１割相当額または医療保険の自己負担額）と、乳幼児等医療（就学後）の上限額を比較し、金額が少ない方を記入

・総医療費の１割相当額または医療保険の自己負担額　＞　乳幼児等医療（就学後）の上限額　⇒　乳幼児等医療（就学後）の上限額を記入
・総医療費の１割相当額　＜　乳幼児等医療（就学後）の上限額　⇒　総医療費の１割相当額を記入
・医療保険の自己負担額　＜　乳幼児等医療（就学後）の上限額　⇒　乳幼児等医療（就学後）負担なしのため請求不要

※乳幼児等医療負担限度額は、４頁の参考または本会ホームページに掲載の「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」を参照してください。

事例10　外来・就学者・保険福祉乳幼児等併用・高額療養費現物給付なし

保険種別：国民健康保険　　公費①点数：2,000点
本家入外：家族外来（給付割合：７割）　　福祉医療負担限度額：6,000円
所得区分：28区ウ　　乳幼児等医療負担限度額：①無料の場合、②総医療費の１割を自己負担（上限1,000円）とする場合
保険点数：2,000点　　③医療保険の自己負担額（上限1,000円）とする場合

⇩

（公費①点数欄）保険点数と同点のため、省略可
（一部負担金額欄）高額療養費の現物給付が行われないため、記入しない
（控除額欄）①市町村制度により患者負担なし　⇒　記入しない
②2,000点×10円×1割　＞　1,000円　**かつ**　福祉医療自己負担額　2,000円　＞　1,000円　⇒　1,000円を記入
③2,000点×10円×3割　＞　1,000円　**かつ**　福祉医療自己負担額　2,000円　＞　1,000円　⇒　1,000円を記入

（公費併用時乳幼児等点数欄）保険点数と公費①点数が同点のため省略可
（公費①一部負担金額欄）2,000点×10円×1割　＜　6,000円　⇒　2,000円を記入

事例11　外来・就学者・保険乳幼児等併用・高額療養費現物給付なし

保険種別：社会保険　　保険点数：300点
本家入外：家族外来（給付割合：７割）　　乳幼児等医療負担限度額：①無料の場合、②総医療費の１割を自己負担（上限1,000円）とする場合
所得区分：30区オ　　③医療保険の自己負担額（上限1,000円）とする場合

⇩

（一部負担金額欄）高額療養費の現物給付が行われないため、記入しない
（控除額欄）①市町村制度により患者負担なし　⇒　記入しない
②300点×10円×1割　＜　1,000円　⇒　300円を記入
③300点×10円×3割　＜　1,000円
⇒　乳幼児等医療（就学後）負担なしのため請求不要

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（県外保険医療機関等分）

令和4年10月診療分から

No.	項　目	ﾊﾞｲﾄ数	乳幼児等医療	福祉医療	福祉医療 （後期高齢）	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
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	○	○	○	国民健康保険、社会保険、後期高齢者医療の保険者番号
7	被保険者証記号番号	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 or 4）	○ （1 or 4）	○ （3）	1=国保一般／社保、4=国保退職、3=後期高齢　のいずれか
15	本人家族入外	1	○ （3 ～ 6）	○ （1 ～ 0）	○ （7 ～ 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（70,80,90）
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=多オ、41=区カ、42=区キ、43=多カ、44=多キ （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料」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、保険一部負担額の内の公費に係る金額を編集
27	（福祉医療／乳幼児等医療に係る一部負担金額）	最大　6	△	△	△	公費併用時、保険一部負担額の内の福祉医療、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、その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、その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
- 列データをﾀﾞﾌﾞﾙｺｰﾃｨｼｮﾝ(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、あってもなくても構わない
- 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

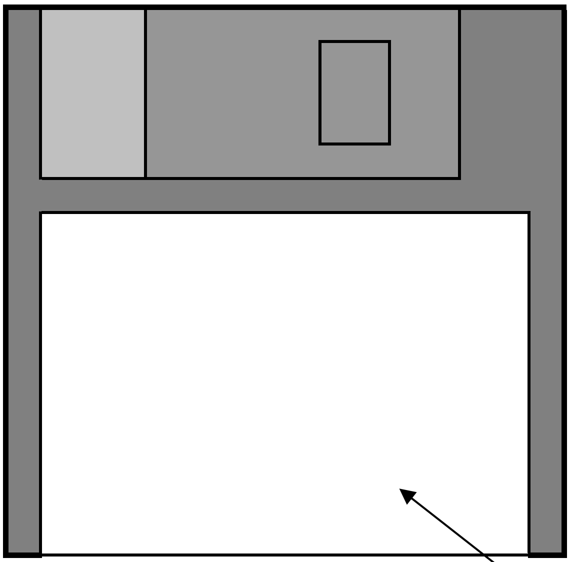
・ファイル名

GYYMM_KKT*******.csv

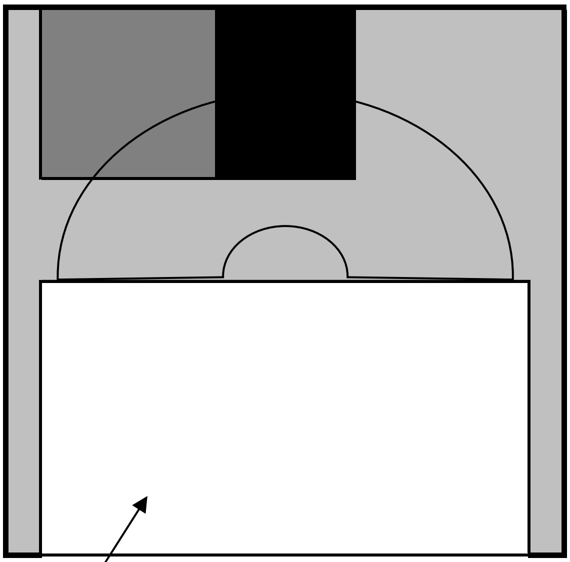
G ：元号（令和=5）
YY：年
MM：月（提出月）
（G・YY・MM：提出年月（5桁））
KK：県番（2桁）
T ：点数表区分（1桁）
医科：1　歯科：3　調剤：4　訪看：6　柔整：9
*******：自機関コード（7桁）

電子請求用媒体貼付ラベル記入例

ＦＤ用



ＭＯ用



ＣＤ−Ｒ用

省略可

医療機関コード	○○○○○○○○○○
保険医療機関名称	○○○○医院
提出年月日	○　年　○月　○日

島根県国保連提出用

県単等助成事業請求

※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

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』（２９頁）の摘要欄に事由を記載します。

（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『診療報酬等支払通知書』（３０頁）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　　請求翌月２０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『福祉及び乳幼児等医療費請求書取下げ（返戻）依頼書』（３１頁）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）（３２頁）により通知します。

様式集

診療報酬等費用の請求及び受領に関する届(県外保険医療機関等用)

令和　　年　　月　　日提出

島根県国民健康保険団体連合会
理事長　山 本 浩 章　　様

住所
開設者
氏名　　　　　　　　　　　　印

診療報酬等費用の請求及び受領に関し、下記個人情報の取扱いについて同意の上、記入・捺印し届出いたします。

保険医療機関等番号			連合会使用欄
フリガナ 保険医療機関等名称			
郵便番号		所在地	
電話番号		FAX番号	
振込先銀行		支店名	
預金種目	普通・当座・その他（　　　　）	口座番号	
フリガナ 請求者		フリガナ 受領者（口座名義人）	

届出理由(該当番号に○をつけてください)		異動年月
1	新設	令和　　年　　月請求分から
2	請求者及び受領者(口座名義人)の変更	
3	振込先及び口座番号の変更	旧保険医療機関等番号
4	その他（　　　　　　　　　　）	

旧保険医療機関等番号欄に記載した保険医療機関等番号への支払いを当該保険医療機関等番号の支払いと合算することに同意します。

住所

氏名　　　　　　　　　　　　印

備考

「個人情報の取扱いについて」

提供いただく個人情報は、診療報酬等費用の支払等に利用し、それ以外の利用、外部への委託・第三者提供はいたしません。ただし、費用の支払にあたっては、口座番号等を金融機関へ提供することとしております。個人情報の提供は任意ですが、提供いただけない場合、適切な支払等ができなくなります。個人情報の開示等を希望される場合、下記窓口まで連絡ください。

なお、個人情報の管理責任は、個人情報保護管理者(Tel:0852-21-2113)が有します。

（お問い合わせ窓口）
〒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　電話:0852-21-2163

診療報酬等費用の請求及び受領に関する届（県外保険医療機関等用）

記載要領

１．「診療報酬等費用の請求及び受領に関する届」は、診療報酬等費用の適切な支払いを行うために使用する。

２．保険医療機関等番号単位で１部作成する。

３．当該届を提出した年月日を記入する。

４．「開設者」欄に住所及び氏名を記入し、必ず捺印する。

５．「保険医療機関等番号」欄には、１０桁（県番号２桁＋点数表区分１桁＋保険医療機関等番号７桁）で記入する。

６．「振込先銀行」、「支店名」欄には、銀行名、支店名とともに、銀行コード（４桁)、支店コード（３桁）を記入する。

７．「預金種目」欄の該当する項目を○で囲む。

８．「受領者（口座名義人)」欄には、必ずフリガナを記入する。

９．「届出理由」欄の該当する項目（１～４）を○で囲む。

10.「異動年月」欄には、請求開始年月または変更年月を記入する。

㊗福　令和　　年　　月分　福祉医療費請求書（県外保険医療機関等分）

福祉医療負担者番号

9	1	3	2				

福祉医療負担者名　　　　　　　　　　　様

保険医療機関等コード

令和　　　年　　月　　　日

保険医療機関等
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号

区分		件数	日数	点数	一部負担金額	02長件数
入院①						
入院外②						
公費再掲	91					

「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・後期高齢者医療 一般・低所得者入院　8・・・高齢受給者・後期高齢者医療 一般・低所得者外来
9・・・高齢受給者・後期高齢者医療 7割給付入院　0・・・高齢受給者・後期高齢者医療 7割給付外来

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

（乳幼） 令和　　年　　月分　乳幼児等医療費請求書（県外保険医療機関等分）

乳幼児等医療負担者番号

9	0	3	2				

乳幼児等医療負担者名　　　　　　　様

保険医療機関等コード

令和　　年　　月　　日

保険医療機関等
所在地及び名称
開 設 者 氏 名
電　話　番　号

区　分		件　数	日　数	点　数	一部負担金額	02長件数
入　院①						
入院外②						
公費再掲	90					

「本家入外」欄
3･･･未就学者入院　4･･･未就学者外来　5･･･家族入院　6･･･家族外来

乳幼児等医療受給者番号	乳幼児等医療対象者氏名	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	公費併用時乳幼児等点数	一部負担金額	公費①一部負担金額	控除額

福祉・乳幼児等医療費請求総括票（県外保険医療機関等分）

令和　　　年　　　月提出分

保険医療機関等コード ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保険医療機関等名　称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【電子媒体分】

媒　体　種　類	ＦＤ　　　ＭＯ　　　ＣＤ－Ｒ
媒　体　枚　数	枚
提　出　年　月　日	令和　　年　　月　　日
備　　考	

【紙媒体分】

乳幼児等医療費			福祉医療費		
市町村名	負担者番号	件数	市町村名	負担者番号	件数
松江市	90320011		松江市	91320010	
浜田市	90320029		浜田市	91320028	
出雲市	90320037		出雲市	91320036	
益田市	90320045		益田市	91320044	
大田市	90320052		大田市	91320051	
安来市	90320060		安来市	91320069	
江津市	90320078		江津市	91320077	
雲南市	90320094		雲南市	91320093	
川本町	90320789		川本町	91320788	
津和野町	90320912		津和野町	91320911	
海士町	90320995		海士町	91320994	
西ノ島町	90321001		西ノ島町	91321000	
知夫村	90321019		知夫村	91321018	
奥出雲町	90321027		奥出雲町	91321026	
飯南町	90321035		飯南町	91321034	
美郷町	90321043		美郷町	91321042	
邑南町	90321050		邑南町	91321059	
吉賀町	90321068		吉賀町	91321067	
隠岐の島町	90321076		隠岐の島町	91321075	
合　　計			合　　計		

医療機関番号

増減点等及び返戻通知書

月審査分

様

島根県国民健康保険団体連合会
令和　年　月　日作成　　/　　頁

保険者番号 保険者名	科別	保険 制度	本家 入外	法別 ①	②	③	④	被保険者証記号·番号·枝番 被保険者氏名	増減 箇所	事由	増点/増額	減点/減額	一部負担金 増額	減額	返戻 日数	点数/金額	摘要	診療 年	月	備考

箇所の記号 医科		歯科		その他	
11	初診	11	初診	10	調剤基本料
12	再診	12	再診	11	時間外等加算
13	医学管理	13	医学管理	13	薬学管理
14	在宅	14	在宅		
20	投薬	20	投薬	10	入所者施設療養費
30	注射	30	注射	30	緊急時施設療養費
40	処置	40	処置	40	通所者施設療養費
50	手術・麻酔	50	手術・麻酔		
60	検査	56	補綴	10	基本療養費
70	画像診断	60	検査	15	末期基本療養費
80	その他	70	画像診断	20	管理療養費
90	入院	80	その他	30	情報提供療養費
97	食事・生活	97	食事・生活	40	ターミナルケア療養費

増減点事由	
A	療養担当規則等に照らし、医学的に保険診療上適応とならないもの
B	療養担当規則等に照らし、医学的に保険診療上過剰・重複となるもの
C	療養担当規則等に照らし、A・B以外で医学的に保険診療上適当でないもの
D	告示・通知の算定要件に合致していないと認められるもの
F	固定点数（施術料）が誤っているもの
G	請求点数等の集計が誤っているもの
H	縦計算が誤っているもの
K	その他
J*	縦覧審査による
Y*	横覧審査による
T*	突合審査による

通信欄

※内容についてのお問い合わせ先、国保連合会　審査課　第1係/第2係　0852-21-2114（医科/訪看）
第4係　0852-21-2130（歯科/調剤/柔整）

令和　年　月分 診療報酬等支払通知書

〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日作成

金融機関名	
支店名	
預金名義者名	
口座番号	

様

機関番号

区分		当初決定	過誤調整	支払確定
福祉医療	件数			
	金額			
乳幼児医療 （子ども医療を含む）	件数			
	金額			
福祉医療 （後期高齢者医療）	件数			
	金額			
妊婦・乳児・産婦 健康診査	件数			
	金額			
支払確定額				

令和　年　月　日　に上記金額を貴口座へ振り込みますので通知します。

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

島根県国民健康保険団体連合会　御中

保険医療機関等コード	
保険医療機関等の所在地及び名称	
電話番号	

福祉及び乳幼児等医療費請求書　取下げ(返戻)依頼書

以下の理由により、福祉及び乳幼児等医療費請求書を取下げ(返戻)願います。

点数表区分	1. 医科　2. 歯科　3. 調剤		
保険者番号		被保険証記号・番号 被保険者番号	
公費負担者番号		公費受給者番号	
フリガナ			
対象者氏名			

診療年月	入外区分	請求点数
平成・令和　年　月	入院 ・ 外来	点
平成・令和　年　月	入院 ・ 外来	点
平成・令和　年　月	入院 ・ 外来	点
平成・令和　年　月	入院 ・ 外来	点
平成・令和　年　月	入院 ・ 外来	点

取下げ(返戻)の理由

1．保険変更のため
2．労災適用のため
3．他法併用のため
4．請求点数誤りのため
5．その他(以下の余白に理由を記入)

過誤結果通知書

医療機関番号

月調整分

様

島根県国民健康保険団体連合会
令和　年　月　日作成　／　頁

保険者番号 保険者名	科別	保険制度	本家入外	法別				被保険者証記号・番号・枝番 被保険者氏名	増減				一部負担金		返戻		摘要	診療年月	備考
				①	②	③	④		箇所	事由	増点/増額	減点/減額	増額	減額	日数	点数/金額			

箇所の記号					
医科		歯科		その他	
11	初診	11	初診	10	調剤基本料
12	再診	12	再診	11	時間外等加算
13	医学管理	13	医学管理	13	薬学管理
14	在宅	14	在宅		
20	投薬	20	投薬	10	入所者施設療養費
30	注射	30	注射	30	緊急時施設療養費
40	処置	40	処置	40	通所者施設療養費
50	手術・麻酔	50	手術・麻酔		
60	検査	56	補綴	10	基本療養費
70	画像診断	60	検査	15	末期基本療養費
80	その他	70	画像診断	20	管理療養費
90	入院	80	その他	30	情報提供療養費
97	食事・生活	97	食事・生活	40	ターミナルケア療養費

増減点事由	
A	療養担当規則等に照らし、医学的に保険診療上適応とならないもの
B	療養担当規則等に照らし、医学的に保険診療上過剰・重複となるもの
C	療養担当規則等に照らし、A・B以外で医学的に保険診療上適当でないもの
D	告示・通知の算定要件に合致していないと認められるもの
F	固定点数（施術料）が誤っているもの
G	請求点数等の集計が誤っているもの
H	縦計算が誤っているもの
K	その他

通信欄

※内容についてのお問い合わせ先、国保連合会　審査課　第5係　0852-21-2163（過誤）
第3係　0852-21-2107（再審査）

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