

令和3年度版

診療報酬等 請求の手引き



島根県国民健康保険団体連合会

目次

第1部 診療報酬等の請求について

1. レセプト等の提出期限	1
2. 請求方法	2
(1) オンラインによる請求	2
(2) 光ディスク等による請求	6
(3) 紙による請求	12
3. 審査結果にかかる通知等について	20
(1) 増減点等及び返戻通知書	20
(2) 資格確認連絡表	20
(3) 過誤・再審査結果通知書	20
4. 取下げ・再審査	26
(1) レセプトの取下げについて	26
(2) 再審査請求について	28
5. レセプト記載事例	31
(事例1) 国保・単独・70歳未満・区分ア・高額未発生	31
【留意点①】 本人・家族欄種別番号と給付割合について	
(事例2) 国保・単独・70歳未満・区分ア・高額発生	32
(事例3) 国保・単独・「02長」あり・70歳未満・区分ウ・高額発生	33
【留意点②】 特記事項欄の「02長」又は「16長2」記載について	
(事例4) 国保・公費10併用・70歳未満・区分イ・高額発生①	34
(事例5) 国保・公費10併用・70歳未満・区分イ・高額発生②	35
(事例6) 国保・単独・高齢受給者・区分エ・高額未発生	36
【留意点③】 高齢受給者（70歳～74歳）にかかる窓口負担額について	
「本人・家族」、「給付割合」及び「特記事項」欄の不一致について	
(事例7) 国保・単独・高齢受給者・区分オ・高額発生	37
【留意点④】 摘要欄への所得区分の記載について	
(事例8) 国保・単独・高齢受給者・区分ウ・75歳到達月・高額発生	38
【留意点⑤】 75歳到達月における記載事項その1	
(事例9) 後期高齢・単独・区分エ・75歳到達月・高額発生	39
【留意点⑥】 75歳到達月における記載事項その2	

(事例10) 国保・公費10併用・高齢受給者・区分工・高額未発生	40
(事例11) 国保・公費10併用・高齢受給者・区分工・高額発生	41
(事例12) 国保・公費15併用・70歳未満・区分ウ・高額発生	42
(事例13) 国保・公費15併用・「02長」あり・区分工・高額発生	43
【留意点⑦】 特記事項「02長」、「16長2」の記載について	
(事例14) 国保・公費15併用・70歳未満・区分才・高額発生①	44
(事例15) 国保・公費15併用・70歳未満・区分才・高額発生②	45
(事例16) 国保・公費15併用・70歳未満・区分才・高額発生③	46
(事例17) 国保・公費54併用・70歳未満・区分ウ・高額未発生	47
【留意点⑧】 難病の患者に対する医療等に関する法律（難病法）について	
(事例18) 国保・公費54併用・70歳未満・区分工・高額発生	48
(事例19) 国保・公費54併用・70歳未満・区分工・高額発生	49
(事例20) 国保・公費54併用・70歳未満・区分ウ・高額発生	50
(事例21) 国保・公費54併用・高齢受給者・区分才・高額発生	51
(事例22) 国保・公費54併用・高齢受給者・区分工・高額発生	52
【参考1】 自己負担割合と高額療養費制度における自己負担限度額	53
【参考2】 第三者の不法行為にかかるレセプトについて	54

第2部 地方単独医療費の請求について

1. 請求方法	55
2. 請求書の返戻	55
3. 請求書の記載項目	56
4. レセプト及び請求書の記載事例	62
○福祉医療記載例（医科・歯科）	62
○福祉医療記載例（調剤）	67
○乳幼児医療等記載例（医科・歯科）	70
○乳幼児医療等記載例（調剤）	75
【参考】 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	77
<巻末> 請求に関するQ&A	79

第1部

診療報酬等の請求について

1. レセプト等の提出期限

(1) オンラインによる請求

レセプトデータは原則として、毎月10日までに送信してください。

データ送信後は、必ず確定処理を行ってください。

請求確定は毎月12日までとなっています。ただし、10日までに送信が一度もない場合は請求確定ができません。

(2) 光ディスク等及び紙による請求

診療報酬請求書及びレセプト等の提出期限は、毎月10日です。

提出方法は、島根県国民健康保険団体連合会（以下、「国保連合会」という。）へ持参又は送付（10日必着）してください。

国保連合会へ持参される場合

受付時間は土曜日、日曜日、祝日を除く8時30分から17時です。

ただし、10日が土曜日、日曜日及び祝日の場合は、事務所を開館し受付します。

なお、受付を行った証明として受領書を発行しています。

※10日が日曜日の場合は、前日（9日）の土曜日でも受付します。



2. 請求方法

(1) オンラインによる請求

① 届出

オンラインで請求する場合は、請求開始月の前々月の20日までに「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出」(様式P. 4)を国保連合会及び支払基金島根支部に提出してください。

併せて、「電子証明書発行依頼書」(様式P. 5)を支払基金島根支部に提出してください。

② 確認試験 (任意)

エラーの有無等を確認したい場合は、請求前に確認試験を行うことができます。国保連合会へレセプトデータを「確認試験」ボタンで送信すると、エラーチェックの結果が返信されます。

なお、この確認試験についての届け出は不要です。

※確認試験が実施可能な期間は、毎月5日から月末の8時から21時までです。

③ 請求

請求にあたっては、レセプトデータをオンラインで送るほか、以下のものを書面により提出してください(編綴方法はP. 12参照)。

○診療報酬等総括票

- ・ 返戻されたレセプト (書面で請求する場合)

※診療報酬請求書を添付してください。

- ・ 特別療養費に係るレセプト
- ・ 福祉医療費請求書 (社保分)
- ・ 乳幼児等医療費請求書 (社保分)
- ・ 妊婦一般受診票 (請求書)
- ・ 乳児一般受診票 (請求書)
- ・ 妊婦精密受診票 (請求書)
- ・ 乳児精密受診票 (請求書)
- ・ 1歳6ヶ月児精密受診票 (請求書)
- ・ 3歳児精密受診票 (請求書)
- ・ 産婦健診受診票 (請求書)

注 意

資格証明書による診療に係るレセプトを作成した場合は、レセプトの上部余白に「特別療養費」と朱書きのうえ、総括票の上部余白に「特別療養費〇件」と記載してください。

レセプトは総括票の次に編綴し、請求書は添付しないでください。

※月遅れ分のレセプトであっても初めて請求する場合は、オンラインで請求してください。

オンライン請求における返戻と再請求

◇国保連合会からの返戻レセプトの受領は、次の2つの方法があります。

- ・出力紙レセプトの送付
- ・オンラインによる返戻ファイルのダウンロード（保険医療機関等において必要に応じて実施）

※ダウンロード可能な期間は、概ね請求月の翌月5日～12日の間です。

◇再請求は次の2つの方法からいずれかを選択してください。

- ・出力紙レセプト（書面）によるもの
- ・オンラインでの再請求ファイルによるもの

※出力紙レセプトと再請求ファイルの重複請求とならないようご注意ください。

記入例

電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出

電子計算機を使用して厚生労働大臣の定める方式に従って電子情報処理組織の使用による費用の請求を（**開始**・変更）することに関し、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」の規定に基づき届け出ます。
 なお、審査支払機関のオンライン請求システム利用規約に同意します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

住所 **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 御中 開設者 氏名 **国保 太郎**

医療機関（薬局）コード	9 9 9 9 9 9 9	点数表区分	医科 ・DPC・歯科・調剤	
保険医療機関（薬局）名	〇〇病院	電話番号	0852-21-2168	
保険医療機関（薬局）所在地	松江市学園一丁目7番14号	郵便番号	6 9 0 - 0 8 2 5	
レセコンのプログラム名称	KOKUHO-32	請求開始・変更年月	令和〇〇年〇〇月請求分から	
レセコンのソフトメーカー名 （プログラムの作成者の氏名）	株式会社 島国保	パソコンの基本ソフト（OS） ・ブラウザ	ウィンドウズ Vista インターネットエクスプローラ 7	
オンライン請求システムに係る安全対策の規程（セキュリティ・ポリシー）	有		無	
電気通信回線	IP-VPN接続	ISDN ダイヤルアップ接続 (- -)	インターネット接続 IPsec+IKE提供事業者名 ()	※受付印
確認試験の実施	有		無	
備考				

裏面

作成要領

- この様式は、保険医療機関等が電子情報処理組織の使用による費用の請求を開始又は使用しているプログラム等を変更する場合、審査支払機関に医科、DPC、歯科及び調剤別に作成し提出する。
- 電子情報処理組織の使用による費用の請求を開始又は変更しようとするとき、その別を○で囲む。
- 「点数表区分」欄には、医科、DPC、歯科及び調剤の別を○で囲む。
- 「医療機関（薬局）コード」、「保険医療機関（薬局）名」、「電話番号」、「保険医療機関（薬局）所在地」及び「郵便番号」欄には、保険医療機関届で届け出た記載内容を記入する。
- 「レセコンのプログラム名称」欄には、レセコンのソフトの名称及びシリーズ名を記入する。
- 「レセコンのソフトメーカー名」欄には、レセコンのソフトメーカー名又はプログラムの作成者の氏名を記入する。
- 「請求開始・変更年月」欄には、電子情報処理組織の使用による費用の請求を開始又は変更しようとするときに、当該診療（調剤）報酬の請求年月を記入する。
- 「パソコンの基本ソフト（OS）・ブラウザ」欄には、オンライン請求システムの送信機器の基本ソフト名及びブラウザ名を記入する。

記入例

電子証明書（発行・失効）依頼書

【保険医療機関 保険薬局 特定健康診査・特定保健指導機関】

令和〇〇年〇〇月〇〇日

社会保険診療報酬支払基金島根県支部 御中

開設者 住所 松江市学園一丁目7番14号

又は

請求者 氏名（代表者） 国保 太郎

電子証明書の発行（失効）を依頼します。

機関種別	<input checked="" type="checkbox"/> 保険医療機関 <input type="checkbox"/> 保険薬局	都道府県		点数表		機関コード					
	<input type="checkbox"/> 特定健診・特定保健指導機関	3	2	1	9	9	9	9	9	9	9
機関名称	(フリガナ) 〇〇ピョウイン 〇〇病院										
所在地	〒 690 - 0825 松江市学園一丁目7番14号										
電話番号	0852 - 21 - 2163										
電子証明書の使用用途	<input type="checkbox"/> レセプトのオンライン請求で使用します。 <input type="checkbox"/> 特定健診・特定保健指導費用のオンライン請求で使用します。 <input checked="" type="checkbox"/> レセプト及び特定健診・特定保健指導費用のオンライン請求で使用します。										
発行料（更新料）	<input checked="" type="checkbox"/> 診療（調剤）報酬支払額から控除することを希望します。 <input type="checkbox"/> 払込請求書による振込みを希望します。 ※ 機関種別が特定健診・特定保健指導機関の場合には、「払込請求書による振込み」を選択してください。										
失効理由											

注：電子証明書は社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険団体連合会共通です。

基金使用欄	受付		確認	
-------	----	--	----	--

【留意事項】

- この様式は、電子証明書を発行又は失効するとき、**社会保険診療報酬支払基金島根県支部**に提出してください。
- 電子証明書発行事務は社会保険診療報酬支払基金で行うので、**島根県国民健康保険団体連合会への本様式の提出は不要です。**
また、電子証明書はレセプトのオンライン請求及び特定健診・特定保健指導費用のオンライン請求の双方で使用できます。既にレセプトのオンライン請求又は特定健診・特定保健指導費用のオンライン請求で電子証明書を取得している場合には、本様式の提出は不要です。
- 電子証明書の有効期間は3年です。また、電子証明書は3年ごとに自動更新します。
- 電子証明書の発行（更新）の際には、発行（更新）料として4,000円（消費税含む）が必要です。
- 電子証明書の発行（更新）料は、電子証明書をダウンロードする際に発生します。
- 保険医療機関（特定健診・特定保健指導を実施している保険医療機関を含む）及び保険薬局への発行（更新）料は、電子証明書をダウンロードした月の翌々月に、診療（調剤）報酬支払額からの控除又は「電子証明書発行・更新料払込請求書」による振込みとなります。
- 特定健診・特定保健指導機関への発行（更新）料は、電子証明書をダウンロードした月の翌々月に、「電子証明書発行・更新料払込請求書」による振込みとなります。
- 電子証明書の利用者の都合により電子証明書を再発行（新規発行の取扱いとなる）する場合は、発行料として4,000円が必要となります。
- 更新の際に、依頼書の提出は必要ありません。

(2) 光ディスク等による請求

① 届出

光ディスク等で請求する場合は、請求開始月の前々月の20日までに「光ディスク等を用いた費用の請求に関する届出」（様式P.7参照）を国保連合会及び支払基金島根支部に提出してください。

② 確認試験（必須）

請求を開始する前に確認試験を行います。確認試験は、実際の請求とは別に光ディスク等に保存したデータを用いて行います。

なお、確認試験を行いたい月の前月20日までに届け出（様式P.8参照）が必要です。

③ 請求

請求にあたっては、以下のものを提出してください。

○光ディスク等

所要の事項を記載したラベル（様式P.9、P.10参照）を貼付してください。

○光ディスク等送付書（様式P.11参照）

○診療報酬等総括票

・返戻されたレセプト

※診療報酬請求書を添付してください。

・特別療養費にかかるレセプト

・福祉医療費請求書（社保分）

・乳幼児等医療費請求書（社保分）

・妊婦一般受診票（請求書）

・乳児一般受診票（請求書）

・妊婦精密受診票（請求書）

・乳児精密受診票（請求書）

・1歳6ヶ月児精密受診票（請求書）

・3歳児精密受診票（請求書）

・産婦健診受診票（請求書）

注 意

資格証明書による診療に係るレセプトを作成した場合は、レセプトの上部余白に「特別療養費」と朱書きのうえ、総括票の上部余白に「特別療養費〇件」と記載してください。

レセプトは総括票の次に編綴し、請求書は添付しないでください。

※請求月の中旬に送付する「受付エラー連絡票」に出力されているデータのうちエラーコードが2000番台のものについては、再度請求が必要となるため、記録内容を確認のうえ、光ディスク等に記録して請求してください。

また、月遅れ分のレセプト（返戻照会分を除く）を請求する場合も、光ディスク等に記録して請求してください。

記入例

光ディスク等を用いた費用の請求に関する届出

厚生労働大臣の定める方式に従って記録した厚生労働大臣の定める規格に適合する光ディスク等を用いた費用の請求を **開始** 変更 することに関し、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」の規定に基づき届け出ます。

令和〇〇年〇〇月〇〇日
 住所 松江市学園一丁目7番14号
 開設者
 氏名 国保 太郎
 島根県国民健康保険団体連合会 御中

医療機関（薬局）コード	9	9	9	9	9	9	9	点数表区分	医科・DPC・歯科・調剤
保険医療機関（薬局）名	〇〇病院						電話番号	0852-21-2163	
保険医療機関（薬局）所在地	松江市学園一丁目7番14号						郵便番号	6 9 0 - 0 8 2 5	
プログラム名称	KOKUHO-32								
ソフトメーカー名 (プログラムの作成者の氏名)	株式会社 島国保								
請求開始・変更年月	令和〇〇年〇〇月請求分から							※ 受付印	
電子媒体	FD		MO			CD-R			
記録形式	MS-DOS/CSV形式								
備考									

裏面

作成要領

- この様式は、光ディスク等を用いた費用の請求を開始又は変更しようとするとき、保険医療機関（薬局）の所在する審査支払機関に医科、DPC、歯科及び調剤別に作成し提出する。
- 光ディスク等を用いた費用の請求を開始又は変更しようとするとき、その別を○で囲む。
- 「点数表区分」欄には、医科、DPC、歯科及び調剤の別を○で囲む。
- 「医療機関（薬局）コード」、「保険医療機関（薬局）名」、「電話番号」、「保険医療機関（薬局）所在地」及び「郵便番号」欄には、保険医療機関届で届け出た記載内容を記入する。
- 「プログラム名称」欄には、ソフトの名称及びシリーズ名を記入する。
- 「ソフトメーカー名」欄には、ソフトメーカー名又はプログラムの作成者の氏名を記入する。
- 「請求開始・変更年月」欄には、光ディスク等を用いた費用の請求を開始又は変更しようとするときに、当該診療（調剤）報酬の請求年月を記入する。
- 「電子媒体」欄には、記録する電子媒体を○で囲む。

記入例

令和〇〇年〇〇月〇〇日

島根県国民健康保険団体連合会 御中

住所 松江市学園一丁目7番14号
 開設者
 氏名 国保 太郎

光ディスク等を用いた費用の請求に係る確認試験依頼書

確認試験は何度でも実施可能です。依頼書はその都度提出してください。

光ディスク等を用いた費用の請求を開始するにあたり、確認試験を受けたいので次のとおり依頼します。

点数表区分	医科・DPC・歯科・調剤	依頼回数		新規	回目
医療機関（薬局）コード	9 9 9 9 9	9	9	電話番号	0852-21-2163
保険医療機関（薬局）名	〇〇病院				
保険医療機関（薬局）所在地	〒690-0825 松江市学園一丁目7番14号				
プログラム名称	KOKUHO-32				
ソフトメーカー名 (プログラムの作成者の氏名)	株式会社 島国保				
電子媒体	F D	M O		CD-R	
見込件数	入院・300件		入院外・1,200件		
備考					

《 作成要領 》

- 1 本依頼書は、保険医療機関（薬局）で作成する光ディスク等が厚生労働大臣の定めた記録条件仕様等に適合しているか事前に確認した
い場合、保険医療機関（薬局）の所在する審査支払機関に医科、DPC、歯科及び調剤別に作成し提出する。
- 2 本依頼書の提出期日は確認試験を実施する月の前月20日までとする。
- 3 「点数表区分」欄には、医科、DPC、歯科及び調剤の別を○で囲む。
- 4 「依頼回数」欄には、新規又は何回目の確認試験依頼か記入する。
- 5 「医療機関（薬局）コード」、「電話番号」、「保険医療機関（薬局）名」及び「保険医療機関（薬局）所在地（郵便番号を含む。）」
欄には、保険医療機関届で届け出た記載内容を記入する。
- 6 「プログラム名称」欄には、ソフトの名称及びシリーズ名を記入する。
- 7 「ソフトメーカー名」欄には、ソフトメーカー名又はプログラムの作成者の氏名を記入する。
- 8 「電子媒体」欄には、記録する電子媒体を○で囲む。
- 9 「見込件数」欄には、確認試験を受ける際の見込件数を記入する。

「保険医療機関又は保険薬局に係る電子情報処理組織等を用いた費用の請求に関する取扱要領」に以下のとおり定められています。

電子媒体への表記

電子媒体への表記については、記録形式、点数表区分、医療機関（薬局）コード、保険医療機関（薬局）名称、診療（調剤）月分、提出年月日及び媒体枚数（請求枚数及び当該媒体の順）並びに支払基金又は国保連の別を記載する。

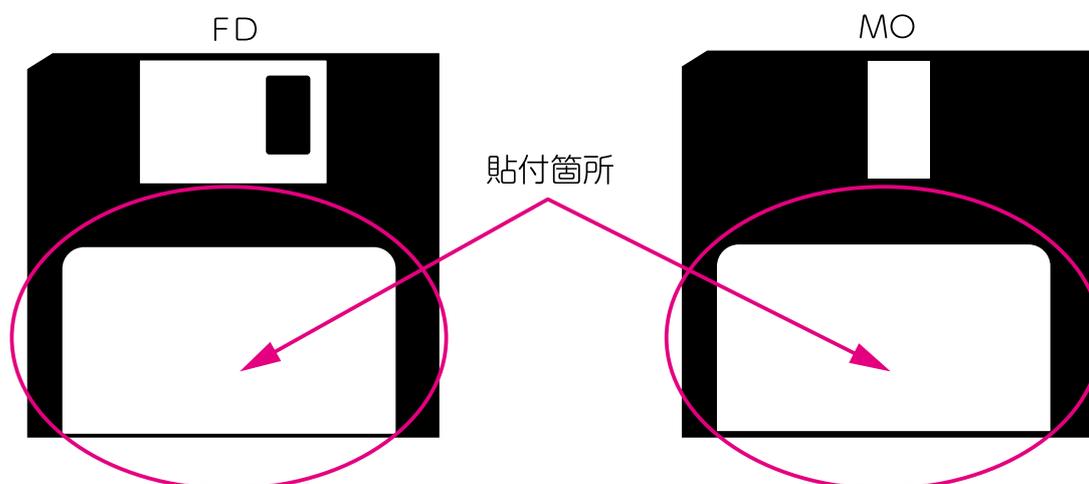
なお、確認試験で提出する電子媒体へは、貼付ラベルの余白に「試験用」と朱記する。

1. FD・MOへの貼付ラベル

MS-DOS/CSV形式（FD・MO用）

MS-DOS/CSV(医科・DPC・歯科・調剤)				支払基金 ・ 国保連
医療機関（薬局）コード				
保険医療機関（薬局）名称				
診療（調剤）月分	年	月分		
提出年月日	年	月	日	
媒体枚数	枚中	枚目		

FD及びMOへのラベルの貼付箇所



2. CD-Rへの表記

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。

医療機関（薬局）コード			
保険医療機関（薬局）名称			
点数表区分	医科・DPC・歯科・調剤		
診療（調剤）月分		年	月分
提出年月日		年	月
			日
媒体枚数		枚中	枚目
			支払基金・ <u>国保連</u>



島根県国民健康保険団体連合会 御中

住 所 松江市学園一丁目7番14号
 開設者
 氏 名 国保 太郎

光ディスク等送付書

当該医療機関（薬局）のコード
 （7桁）を記入してください。

医療機関（薬局）コード	9 9 - 9 9 9 9 - 9		
医療機関（薬局）名称	〇〇病院		
点数表区分	医 科 ・ D P C ・ 歯 科 ・ 調 剤		
診療（調剤）月分	令和〇〇年〇〇月診療（調剤）分		
提出年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
媒体種類	F D	M O	C D - R
媒体枚数	1 枚		
備 考			

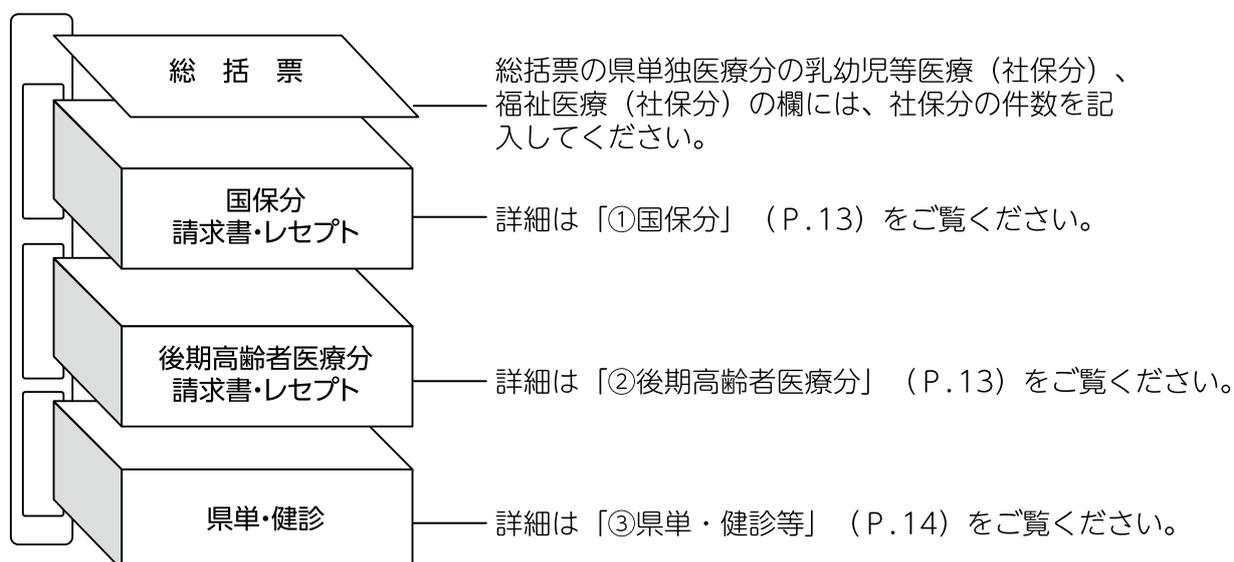
- ※1 本送付書は、点数表区分別に作成すること。
- ※2 点数表区分及び媒体種類については、該当に○を付すこと。

(3) 紙による請求

請求は原則、電子レセプト（オンライン又は電子媒体による請求）によるものとなっておりますが、次の場合は紙レセプトで請求することができます。

- レセプト電子化への対応が困難であるため、電子レセプト請求の免除又は猶予を受けている場合
- 返戻レセプトを再請求する場合
 - ※返戻されたレセプトを再請求する場合、回答は返戻付箋ではなくレセプトに記載し、返戻付箋を貼付したまま提出してください。
- 特別療養費レセプトを作成する場合
 - ※特別療養費レセプトは、電子レセプト請求をされている場合も書面での提出となります。

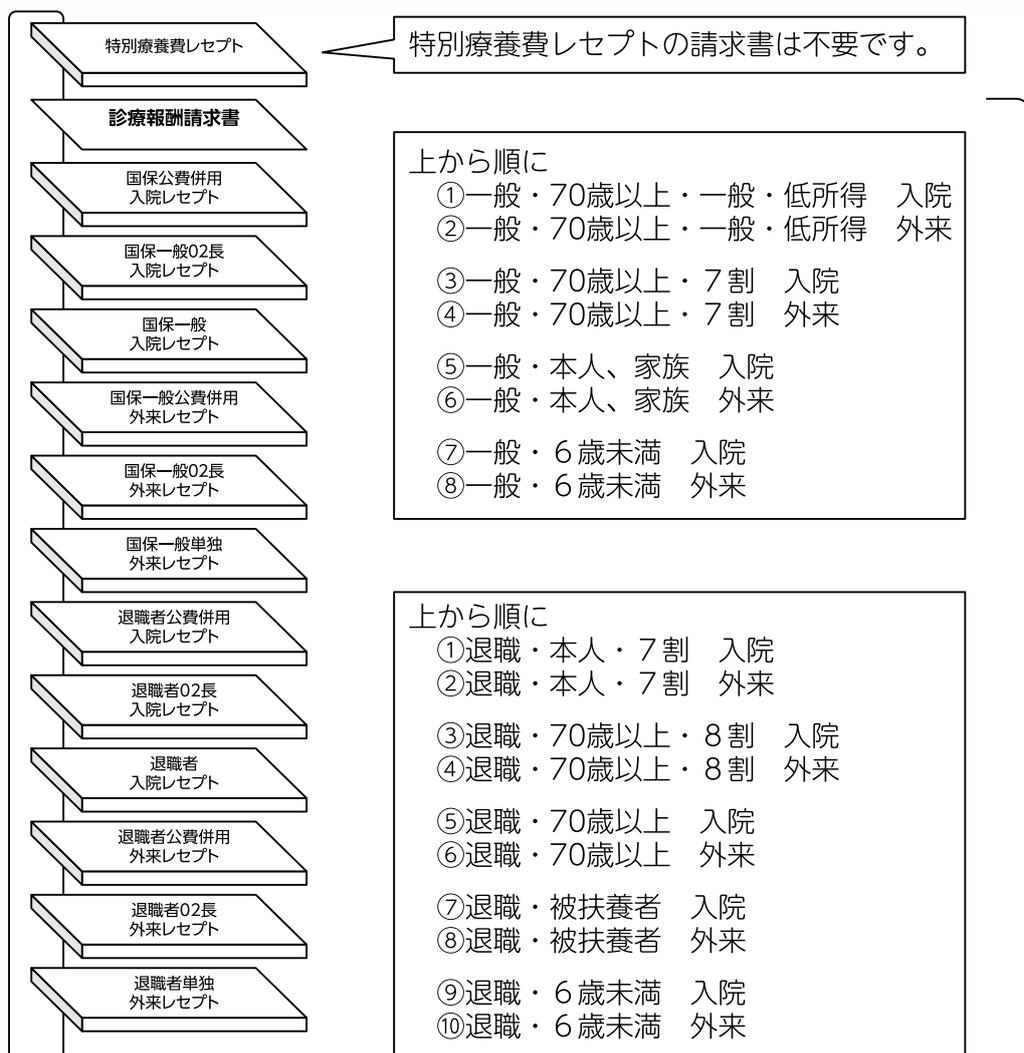
レセプトの編綴方法



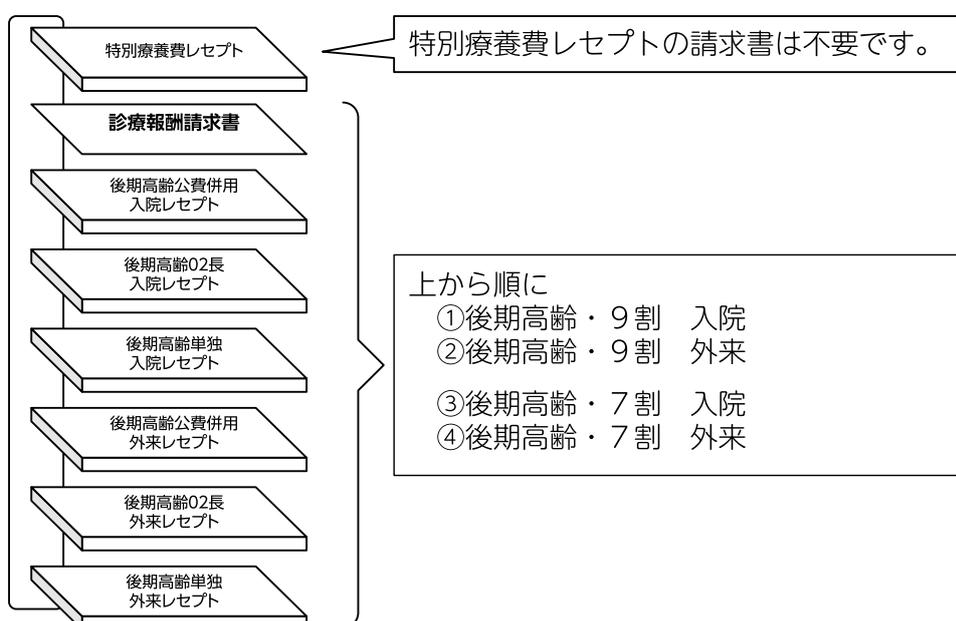
【留意事項】

- ・請求書は、保険者別に作成してください。
- ・請求書及びレセプトは、国保分と後期高齢者医療分を別に綴じてください。
- ・7万点以上のレセプトは、請求書を別に保険者ごとに作成してください。
- ・請求書は、総括票に表示している保険者の順に並べてください。
- ・レセプトの続紙は、該当レセプトに重ねるのみとし、糊、ホッチキス等で綴じないでください。
- ・レセプト編綴の際は、糊、ホッチキス等を使用せず、一括紐で綴じてください。
- ・レセプトに参考資料やコメントを添付する場合は、レセプトと同じ大きさ（A4）の用紙を使用してください。
- ・OCRラインの印字があるレセプトを訂正して再提出する場合は、OCRライン（レセプト最下部）を二重線で抹消のうえ提出してください。

① 国保分

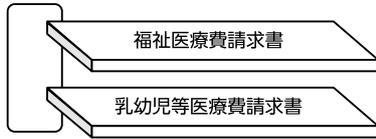


② 後期高齢者医療分

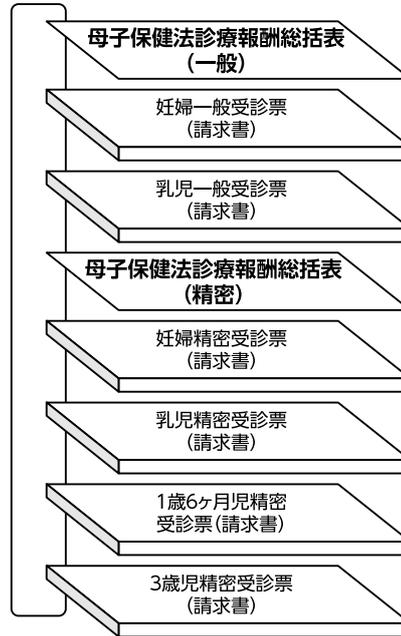


③ 県単・健診等

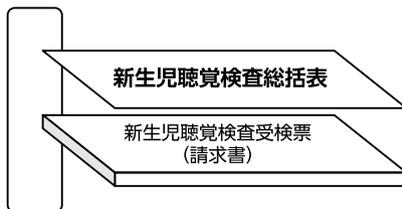
【県単分】



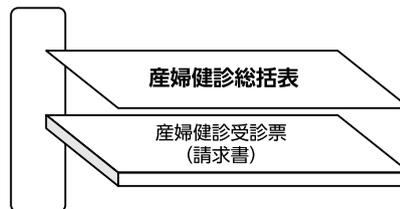
【妊婦、乳児健診分】



【新生児聴覚分】



【産婦健診分】



【留意事項】

妊婦一般健康診査、乳児一般健康診査、妊婦精密健康検査、乳児精密健康診査、新生児聴覚検査、産婦健康診査の請求時には、以下の点にご留意ください。

総括表

- 以下の項目について、記載漏れがないか確認のうえ、提出してください。
 - ・請求年月
 - ・市町村国保コード（実施市町村番号）
 - ・医療機関コード（実施機関番号）
 - ・保険医療機関（実施機関）の所在地、名称、開設者名
 - ・件数
 - ・請求額
- 請求書と受診票の区分番号が一致していることをご確認ください。
- 請求額に誤りがないかご確認ください。
- 母子保健法診療報酬総括表について、一般健康診査と精密健康診査はそれぞれ別に総括表を添付してください。

受診票

- 以下の項目について、記載漏れがないか確認のうえ、提出してください。
 - ・対象者氏名、生年月日
 - ・担当者氏名
 - ・健診実施日
 - ・請求年月日
 - ・委託医療機関（実施医療機関）の住所、名称、氏名
 - ・検査結果
 - ・請求額
- 健診対象者の生年月日等は、明確に記載されているか必ずご確認ください。

記入例

令和 ○ 年 ○○月分 診療報酬等総括票

保険医療機関等コード	321999999
保険医療機関等名	○○病院

(国民健康保険分)

保険者名	一般件数	退職件数	保険者名	一般件数	退職件数
松江市	100	40	左官タイル	20	
浜田市	70	20	全国板金	10	
出雲市	保険者ごとに件数を集計 してください		全国歯科		
益田市			全国土木		
大田市			中央建設		
安来市			全国工事		
江津市					
雲南市			該当の保険者を記入のうえ 件数を集計してください		
川本町					
津和野町					
海士町					
西ノ島町					
知夫村					
奥出雲町					
飯南町			県外計	30	
美郷町			(後期高齢者医療分)		
邑南町			県名	後期高齢件数	
吉賀町			島根県	150	
隠岐の島町			島根県医師国保組合	県ごとに件数を集計し てください	
島根県医師国保組合					
県内計	230		計	410	

(県単独医療分)

乳幼児等医療 (社保分)	制度ごとに 件数を集計 してください	妊婦・乳児一般健康診査	一般・精密 ごとに件数 を集計して ください
福祉医療 (社保分)		妊婦・乳児等精密健康診査	
新生児聴覚検査		産婦健康診査	

記入例

令和〇〇年 〇月分 診療報酬請求書（医科・歯科）

保険者コード

3 2 9 9 9 9

保険者名 〇〇市 様

県コード

医療機関コード

9 9 9 9 9 9 9

下記のとおり請求する。
令和〇〇年 〇月 〇日

国民健康保険

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号

松江市学園一丁目7番14号
〇〇病院
国保 太郎
0852-21-2163

			療養の給付				食事療養・生活療養				長・原		
			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	長	原	
一般被保険者	一般（七〇歳以上） ①	請求	入院①			円				円	円		
		請求	入院外②	20	35	25,000							
		決定	入院①										
		決定	入院外②										
	一般（七〇歳） ②	請求	入院①										
		請求	入院外②										
		決定	入院①										
		決定	入院外②										
	②5 一般被保険者 ③	請求	入院①	10	90	170,000		2	50	32,000	13,000		
		請求	入院外②	60	130	90,000							
		決定	入院①										
		決定	入院外②										
一般 ④ (六歳)	請求	入院①											
	請求	入院外②	10	13	9,500								
	決定	入院①											
	決定	入院外②											
退職者	退職（本人） ①	請求	入院①										
		請求	入院外②	30	50	28,000							
		決定	入院①										
		決定	入院外②										
	退職（七〇歳） ② 以上九割	請求	入院①										
		請求	入院外②										
		決定	入院①										
		決定	入院外②										
	②67 退職（七〇歳） ③ 以上七割	請求	入院①										
		請求	入院外②										
		決定	入院①										
		決定	入院外②										
退職（被扶養者） ④	請求	入院①											
	請求	入院外②	10	15	12,000								
	決定	入院①											
	決定	入院外②											
退職 ⑤ (六歳)	請求	入院①											
	請求	入院外②											
	決定	入院①											
	決定	入院外②											

区分ごとに入院外来別に集計してください



レセプトに一部負担金額の記載がある場合には、記入してください

記入例

令和〇〇年〇〇月分 診療報酬請求書（医科・歯科）

保険者コード

3 2 9 9 9 9

保険者名 〇〇市 様

県コード

医療機関コード

9 9 9 9 9 9 9

下記のとおり請求する。
令和〇〇年 〇月 〇日

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号

松江市学園一丁目7番14号
〇〇病院
国保 太郎
0852-21-2163

公費負担医療（再掲）

コード	区分	療養の給付			食事療養・生活療養			備考
		件数	点数	患者負担額	件数	金額	負担額(公費分)	
10	結核							
11	結核（命入）							
15	更生医療							
16	育成医療							
19	原爆医療							
20	精神（措置）							
21	精神通院							
23	療育医療							
24	療養介護医療							
51	特定疾患							
52	小児慢性							
53	児童・知的							
66	石綿医療							
79	障害児施設医療							
90	乳幼児等医療	2	2,500	1,000				
91	福祉医療	5	3,450	3,500				

公費ごとに集計してください

注 1. 太枠欄のみ記入して下さい。
2. 公費再掲欄には一般、退職の入院、入院外を合算の上、記入して下さい。

記入例

令和〇〇年〇〇月分 診療報酬請求書 (医科・歯科)

県コード

医療機関コード

9 9 9 9 9 9 9

島根県

広域連合様

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号

松江市学園一丁目7番14号
〇〇病院
国保 太郎
0852-21-2163

下記のとおり請求する。
令和〇〇年 〇月 〇日

後期高齢者医療

			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
後期 高齢 ③⑨	九割①	請求	入院①						円	円
		入院外②	130	250	150,000					
		決定	入院①							
		入院外②								
	七割②	請求	入院①							
		入院外②	20	30	35,000					
		決定	入院①							
		入院外②								

公費負担医療 (再掲)

コード	区分	療養の給付			食事療養・生活療養			備考
		件数	点数	患者負担額	件数	金額	負担額(公費分)	
10	結核							
11	結核(命入)							
15	更生医療							
19	原爆医療							
20	精神(措置)							
21	精神通院							
24	療養介護医療							
38	肝炎医療							
51	特定疾患							
53	児童・知的							
54	難病医療							
66	石綿医療							
79	障害児施設医療							
91	福祉医療							

注 1. 太枠欄のみ記入して下さい。
2. 公費再掲欄には入院、入院外を合算の上、記入して下さい。

3. 審査結果にかかる通知等について

(1) 増減点等及び返戻通知書（P.21参照）

請求されたレセプト等の審査において、減点又は返戻となった箇所及び点数等をお知らせする通知です。減点箇所について、医学的判断を伴わない場合は、算定要件を確認し、次月の請求にご留意ください。

なお、返戻については、本通知に併せて該当のレセプト等を返送します。

(2) 資格確認連絡表（P.22、23参照）

請求されたレセプトの保険資格について、変更の有無を確認いただくため資格情報をお知らせする通知です。

該当のレセプトは返送しませんので、訂正を要する場合は取下げ依頼書を提出してください。

(3) 過誤・再審査結果通知書（P.24、25参照）

過去に請求された審査支払済みのレセプト等について、以下のような変更等が生じた場合に、その結果をお知らせする通知です。

【過誤】

- ①医療機関等から取下げ依頼の申出があった場合
- ②保険者において被保険者の資格誤りが判明した場合
- ③保険者において同一被保険者の同一診療年月のレセプトが複数枚請求されていたことが判明した場合

※過誤については、内容により再請求を要する場合がありますので、返戻となった理由を確認のうえ対応してください。

【再審査】

- ①医療機関等からの申出により再審査を行った結果、復活となった場合
※申出が認められなかった場合は、その理由を付記した文書を送付します。
- ②保険者からの申出により再審査を行った結果、減点となった場合

様式

増減点等及び返戻通知書
〇〇月審査分
〇〇病院様

診療年月が未記載の場合は直近の診療年月となります。
例：4月審査分の場合⇒3月診療分は未記載となります。

島根県国民健康保険団体連合会
令和 年 月 日 作成 / 頁

医療機関番号
9999999

保険者番号 00市	保険者名 3200000	科別 一般 本入	保険 制度 一般 本入	本家 入外	法別 ①②③④	被保険者証記号・番号 99-9999999		被保険者氏名 国保太郎		増減 増点/増額 減点/減額		一部負担金 増額 減額		返戻 点数/金額	摘要	診療 年月	備考
						箇所 30 B	事由 30 B	増点/増額 100	減点/減額 100	増額	減額	日数	金額				
〇〇市	31320000	〇〇支部	その他 高外一	高外一										〇〇注射液 2管 → 1管 200×1 → 100×1 削除⇒請求書の中で該当者のみ削除し、請求書の返送はありません。 返戻⇒請求書を本通知に併せて返送します。			
〇〇市	3200000	〇〇市	一般 本外	本外										5 15,000 福祉医療費請求無しの為 削除 (社保分・福祉) 12,000 特記事項の所得区分の訂正漏れにご注意ください。			点数 一部負担金
〇〇市	39320000	〇〇市	後期 高外一	高外一										10,000 返戻事由24 本家入外区分、給付割合、特記事項の不一致についてご確認ください。 3 30,000 返戻事由24 保険一部負担金についてご確認ください。 8,000			点数 一部負担金
医科		病科		記号		増減点事由		通 信 欄									
11 初診	10	調剤基本料	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	保険一部負担金や公費一部負担金に関する返戻については、本手引きの「5.レセプト記載事例」の頁を参照ください。													
12 再審	11	時間外等加算	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														
13 医学管理	13	薬学管理	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														
14 在宅	10	在宅	D 告知・通知の算定要件に合致していないと認められるもの														
20 投薬	10	入所者施設療養費	F 固定点数 (施設科) が誤っているもの														
30 注射	30	緊急時施設療養費	G 請求点数等の集計が誤っているもの														
40 処置	40	通所者施設療養費	H 総計算が誤っているもの														
50 手術・麻酔	50	手術・麻酔	K その他														
60 検査	10	基本療養費	J* 縦覧審査による														
70 画像診断	15	末期基本療養費	Y* 横覧審査による														
80 その他	20	管理療養費	Z* 突合審査による														
90 入院	30	情報提供療養費															
97 食事・生活	40	ケア付療養費															

※内容についてのお問い合わせ先、国保連合会 審査課 審査第一係/第二係 0852-21-2114 (医科/調剤/訪問) 審査管理係 0852-21-2163 (病科/未整)

資格確認連絡表について

被保険者にかかる資格情報の確認に活用いただく目的で、該当の医療機関に送付しています。当連絡表に記載されているレセプトは返戻ではありませんので、以下のとおり対応してください。

(例1) 国保 太郎

被保険者資格に「診療月における資格の得喪について確認してください。」と記載されている場合

⇒ 320000の保険者において被保険者が資格喪失、或いは途中での保険者変更等が考えられます。

【対応】 ・被保険者に資格確認を行い、誤りがあった場合は、当該レセプトを取下げし、正しく修正して再請求してください。

(例2) 後期 花子

生年月日に「*」がある場合 ⇒ 「昭和2.4.20」の誤りが考えられます。

【対応】 ・再度被保険者証等を確認してください。

・当該レセプトについては、本会で修正しておりますので、取下げは不要です。

過誤・再審査結果通知書

〇月調整分

〇〇病院様

医療機関番号
9999999

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 ①②③④	被保険者氏名 記号・番号	増減 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
〇〇市 32〇〇〇〇〇		一般	本外		国保一郎 99-99999999			1	1,234 全部重複		
〇〇市 32〇〇〇〇〇		一般	本外		国保二郎 99-99999999			2	645 一部重複		
〇〇市 32〇〇〇〇〇		一般	本外		国保二郎 99-99999999			1	323 一部重複		
〇〇市 32〇〇〇〇〇		一般	本外		国保三郎 99-99999999			1	756 医療機関等からの依頼返戻		
〇〇市 32〇〇〇〇〇		一般	本外		国保四郎 99-99999999			1	955 負担割合相違		
<p>過誤によって、返戻となる場合は、摘要欄にその理由が記載されます。</p> <p>過誤の対象となったレセプトの診療年月が記載されます。</p> <p>全部重複⇒同一被保険者の同一診療年月、同点数のレセプトが複数枚提出された場合。 一部重複⇒同一被保険者の同一診療年月、異なる点数のレセプトが複数枚提出された場合。 医療機関等からの依頼返戻⇒医療機関等から取下げ依頼書が提出された場合。 その他⇒保険者において被保険者の資格情報を確認した結果、提出されたレセプトの情報が誤っている場合等。</p>											
診療科目						増減事由		通信用欄			
11 初診	10	調剤基本料	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								
12 再審	11	時間外等加算	B 療養担当規則等に照らし、医学的に保険診療上適応・重複となるもの								
13 医学管理	13	薬学管理	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								
14 在宅			D 告知・通知の算定要件に合致していないと認められるもの								
20 投薬	10	入所者施設療養費	F 固定点数（施術料）が誤っているもの								
30 注射	30	緊急時施設療養費	G 請求点数等の集計が誤っているもの								
40 処置	40	通所者施設療養費	H 縦計算が誤っているもの								
50 手術・麻酔			K その他								
60 検査	10	基本療養費									
70 画像診断	15	末期基本療養費									
80 その他	20	管理療養費									
90 入院	30	情報提供療養費									
97 食事・生活	40	ケアが療養費									

過誤の内容については、審査管理係へお問合せ下さい。

※内容についてのお問い合わせ先、国保連合会 審査課 0852-21-2163 (過誤)
レセプト点検係 0852-21-2107 (再審査)

4. 取下げ・再審査

(1) レセプトの取下げについて

レセプトを国保連合会に提出した後に、記入漏れや誤請求が発覚した場合には、「診療報酬明細書等取下げ依頼書」により、レセプトを取り下げることができます。「診療報酬明細書等取下げ依頼書」に必要事項を記載のうえ、国保連合会へ送付してください。

なお、審査の結果、査定となった箇所に関する訂正を目的とした取り下げは認められませんのでご注意ください。

また、審査・支払が確定したレセプトを取り下げる場合、時間がかかることがありますのでご了承ください。

【診療報酬明細書等取下げ依頼書の記載方法】

1. 被保険者1名に対して1件とします。ただし、当該被保険者の複数月のレセプトを取下げの場合、最大5件まで記入できます。
2. 「点数表等」、「区分」、「性別」欄は、該当を○印で囲みます。
3. 「保険者番号」欄は、被保険者証に記載されている保険者番号（後期高齢者の場合は、後期高齢者医療被保険者証に記載されている保険者番号（8桁））を記入します。
4. 「被保険者証記号・番号、被保険者番号」欄は、被保険者証に記載されている記号・番号（後期高齢者の場合は、後期高齢者医療被保険者証に記載されている被保険者番号）を記入します。
5. 「公費負担者番号」及び「公費受給者番号」欄は、当該被保険者が公費負担医療を受けている場合に、それぞれ該当する公費負担者番号及び公費受給者番号を記入します。
6. 「氏名」及び「生年月日」欄は、当該被保険者の氏名（フリガナを含む）及び生年月日を記入します。
7. 「診療年月」欄は、対象となるレセプトの診療年月を記入し、「提出年月」欄は、当該レセプトを提出した年月を記入します。
8. 「入外区分」欄は、該当を○印で囲みます。
9. 「請求点数」欄は、対象となるレセプトに記載された請求点数を記入します。ただし、訪問看護及び健診については請求金額、柔道整復については合計金額を記入します。（※査定等がありましたレセプトについては、審査前の請求点数（請求金額）を記入します。）
10. 「理由」欄は、該当を○印で囲み、「4. 診療内容の変更」の場合は具体的な理由を記入します。
11. 取下げ依頼をするレセプトに減点がある場合、取下げ依頼書下部の「取下げの理由は減点にかかる内容ではありません。上記内容に同意します。」にチェックを入れます。

※特定健診の取下げ依頼書は別用紙となります。

保険医療機関等コード 3219999999

保険医療機関等名 ○○病院

電話番号 ○○○○-○○-○○○○

該当を○で囲んでください。

診療報酬明細書等取下げ依頼書

点数表等	<input checked="" type="checkbox"/> 医科 ・ <input type="checkbox"/> 歯科 ・ <input type="checkbox"/> 調剤 ・ <input type="checkbox"/> 訪問看護 ・ <input type="checkbox"/> 柔道整復 ・ <input type="checkbox"/> 健診		
区分	<input checked="" type="checkbox"/> 国保 ・ <input type="checkbox"/> 後期高齢者 ・ <input type="checkbox"/> 福祉のみ(社保分) <input type="checkbox"/> 乳幼児のみ(社保分) ・ <input type="checkbox"/> 健診(妊婦・産婦・乳児)		
保険者番号	320000	被保険者証記号・番号 被保険者番号	99-9999999
公費負担者番号		公費受給者番号	
性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	生年月日	明治・大正 昭和・平成 ○○年○○月○○日 令和
フリガナ	コクホ タロウ		
氏名	国保 太郎		

診療年月	提出年月	入外区分	請求点数
平成・令和 ○○年○○月	平成・令和 ○○年○○月	<input checked="" type="checkbox"/> 入 ・ <input type="checkbox"/> 外	12,345点
平成・令和 年 月	平成・令和 年 月	入 ・ 外	
平成・令和 年 月	平成・令和 年 月	入 ・ 外	
平成・令和 年 月	平成・令和 年 月	入 ・ 外	
平成・令和 年 月	平成・令和 年 月	入 ・ 外	

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診療内容の変更

※4の場合、診療内容をどのように変更されるか以下にご記載ください。
 例)診療情報提供料(Ⅰ)で算定していたが、診療情報提供料(Ⅱ)に変更

診療情報提供料(Ⅰ)で算定していたが、診療情報提供料(Ⅱ)に変更

取下げの理由は減点にかかる内容ではありません。
 上記内容に同意します。

※取下げ依頼をされるレセプトに減点がある場合、チェックをお願いします。

(2) 再審査請求について

国民健康保険法施行規則第30条に基づき、審査結果に対して不服がある場合には、再審査請求することができます。「再審査請求書」に必要事項を記載のうえ、国保連合会へ送付してください。

なお、提出の際には、レセプトへの追記・訂正（傷病名など）は認められませんのでご注意ください。

再審査の結果、申出を認める場合は、「過誤・再審査結果通知書」により増点（復活）の通知を送付し、申出が認められない場合（原審）は、理由を文書により回答します。

【再審査請求書の記載方法】

1. 対象となるレセプト1件につき請求書を1部作成します。
2. 「診療年月」欄は、対象となるレセプトの診療年月を記入し、「提出年月」欄は、当該レセプトを提出した年月を記入します。
3. 「点数表区分」、「入外区分」、「レセプト区分」欄は、該当区分を○印で囲みます。
4. 「保険者番号」欄は、被保険者証に記載されている保険者番号（後期高齢者の場合は、後期高齢者医療被保険者証に記載されている保険者番号（8桁））を記入します。
5. 「被保険者証記号・番号、被保険者番号」欄は、被保険者証に記載されている記号・番号（後期高齢者の場合は、後期高齢者医療被保険者証に記載されている被保険者番号）を記入します。
6. 「公費負担者番号」、「公費受給者番号」欄は、公費負担者番号及び公費受給者番号を記入します。
7. 「氏名」、「生年月日」欄は、当該被保険者の氏名及び生年月日を記入します。
8. 「請求点数」欄は、対象となるレセプトに記載された請求点数を記入します。ただし、訪問看護は、当該欄に請求金額を記入します。
9. 「診療科」欄は、診療科名を記入します。（※調剤薬局、訪問看護については不要です。）
10. 「減点点数」、「事由」、「減点内容」欄は、本会から送付した増減点通知書（様式P.21参照）及び再審査結果通知書（様式P.25参照）の記載内容をそれぞれ記入します。
11. 「対象種別」欄は、原審査の結果に対する再審査請求の場合は「原審査」を、保険者等の再審査結果に対する再審査請求の場合は「再審査」を、調剤審査（医科、歯科のレセプトと調剤レセプトの突合等）に対する再審査請求の場合は「調剤審査」を○印で囲みます。
12. 「相手方薬局」欄は、「対象種別」が調剤審査の場合に、薬局のコード及び名称を記入します。
13. 「理由」欄は、具体的な再審査申出理由を記入します。
14. 再審査請求が多項目にわたり、「減点内容」及び「理由」欄に記入しきれない場合は、適宜用紙を添付してください。

国保連合会用

島根県国民健康保険診療報酬審査委員会 御中

令和〇〇年〇〇月〇〇日

保険医療機関等コード 321999999
 保険医療機関等名 〇〇病院
 電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

再 審 査 請 求 書

診療年月	平成・令和 〇〇年〇〇月 分 (提出年月 平成・令和 〇〇年〇〇月)		
点数表区分	医科・歯科・調剤・訪問看護		
入外区分	入院・入院外		
レセプト区分	国保一般・退職者本人・退職者家族・後期高齢者		
保険者番号	32〇〇〇〇	被保険者証記号・番号 被保険者番号	99-9999999
公費負担者番号		公費受給者番号	
氏名	国保 太郎		
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 〇〇年〇〇月〇〇日生		
請求点数	12,345点	科別	内科

減点点数	事由(A・B・C・D・E・F)	減点内容
① 100点	② B	③ 〇〇注射液
点	増減点等及び返戻通知書に書いてある増減点事由を記載してください。(次ページ参照)	
点		
点		
点		

対象種別	原審査・再審査・調剤審査 による減点	
調剤審査の場合の相手方保険薬局	保険薬局コード	
	保険薬局の名称	

理由

増減点に対する再審査申請理由について、具体的に記載してください。

5. レセプト記載事例

事例1 (国保・単独・70歳未満外来・区分アの患者) 高額療養費が発生しない場合

○診療報酬明細書 (医科入院外)

令和 年 月 分

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
2 公費	4 退職	2 2 併	4 六外	0高外7
		3 3 併	6 家外	

保険者番号 3 2 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 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . 生 26 区ア

特記事項 26 区ア

保険医療機関 及び 所在地 名称

「限度額適用認定証」の提示があった場合に記載が必要です。

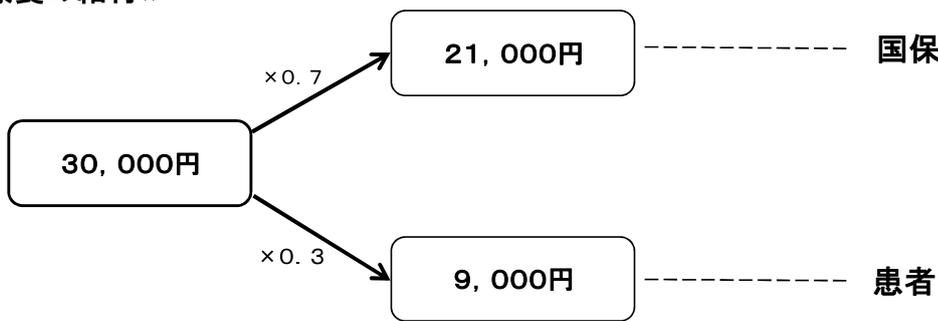
療養の給付	請求点	※ 決定点	一部負担金額	円
① 公費	3,000			
②				

※ 高額療養費 円 ※ 公費負担点数 点 ※ 公費負担点数 点

限度額適用認定証の提示があった場合でも、高額療養費が発生しない場合は、一部負担金の記載は不要です。

第1部 診療報酬等の請求について

《療養の給付》



留意点①

本人・家族欄種別番号と給付割合について

レセプトの本人・家族欄に記載された種別番号とその給付割合については、右表のとおりとなっております。

請求の際は、種別番号と給付割合が不一致となっていないかご確認ください。

給付割合	「本人・家族」欄種別番号	
	国保	後期
7割	1 本入 5 家入 9 高入 7	2 本外 6 家外 0 高外 7
8割	3 六入 7 高入一	4 六外 8 高外一
9割		7 高入一 8 高外一

事例2 (国保・単独・70歳未満外来・区分アの患者) 高額療養費が発生する場合

第1部 診療報酬等の請求について

○診療報酬明細書 (医科入院外)

令和 年 月 分

都道府県番号 医療機関コード

1 医科	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 3 2 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

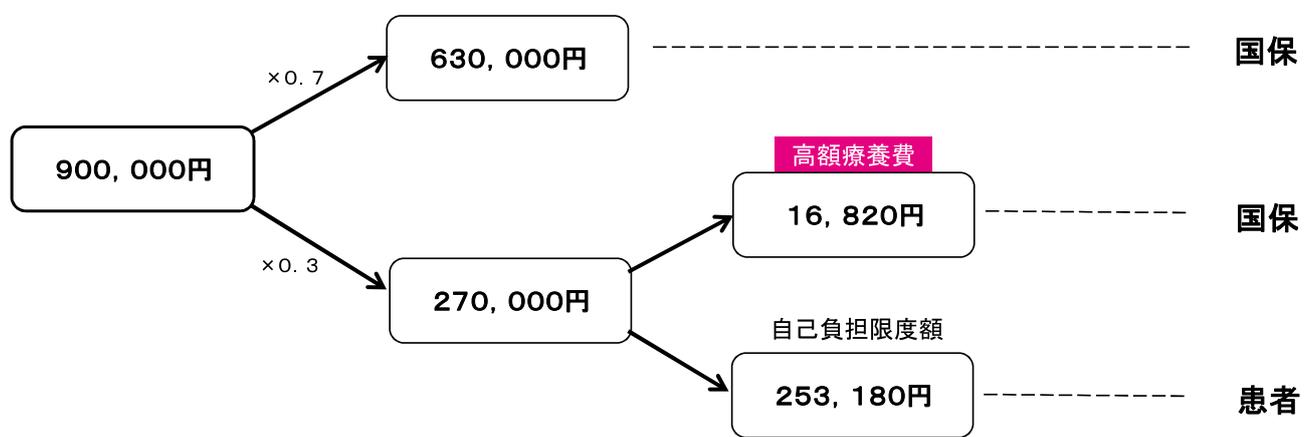
氏名	特記事項
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . . 生	26 区ア
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害

保険医療機関の所在地及び名称

高額療養費が発生するため、一部負担金の記載が必要です。

請求点	※ 決 定 点	一部負担金額 円
90,000		253,180
公費の給付	点 ※ 点	円
① 公費	点 ※ 点	円 ※ 高額療養費 円 ※ 公費負担点数 点 ※ 公費負担点数 点
②		

《療養の給付》



$(252,600円 + (900,000円 - 842,000円) \times 0.01)$

<参考>

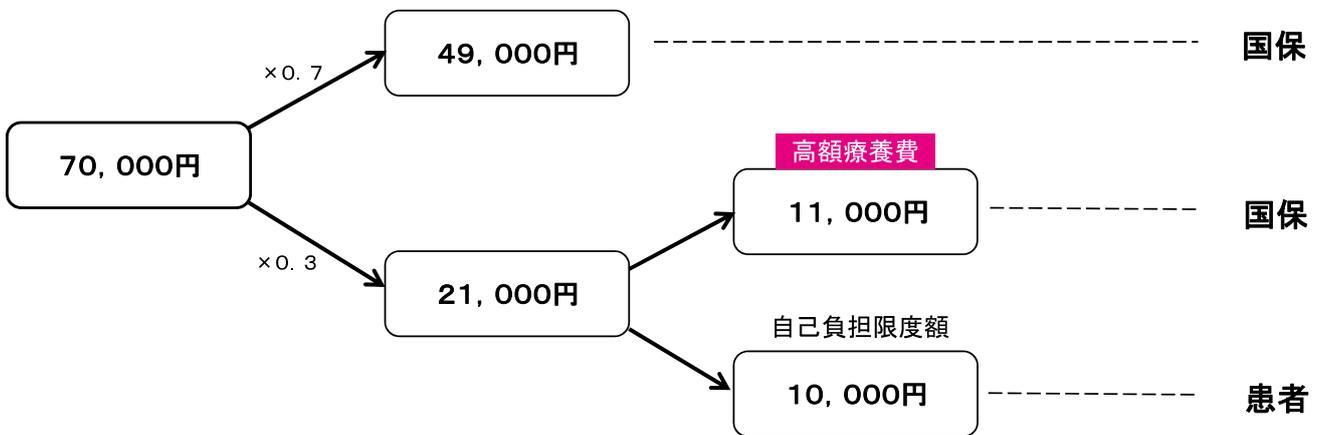
●特記事項への所得区分の記載及び一部負担金額の計算方法については、P. 53の参考資料をご参照ください。

事例3 (国保・単独・「02長」あり・70歳未満外来・区分ウの患者) 高額療養費が発生する場合

○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 医科	①社・国 2公費	3後期 4退職	①単独 22併 33併	②本外 4六外 6家外	8高外1 0高外7	
令和 年 月 分				保険者 番号	3	2	給付割合 ⑦ ()			
公費負担者番号①	公費負担医療の受給者番号①			被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号						
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			保険医療機関の所在地及び名称						
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . 生	02長 28区ウ			患者負担である3割相当額(21,000円)が自己負担限度額(10,000円)を超え、高額療養費が発生するため、一部負担金額の記載が必要です。						
職務上の事由	1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害									
療養の給付	請求点	※	決定点	一部負担金額	円					
	7,000			10,000						
	点	※	点	円						
①公費	点	※	点	円	※ 高額療養費	円	※ 公費負担点数	点	※ 公費負担点数	点
②										

第1部 診療報酬等の請求について

《療養の給付》



留意点②

特記事項欄の「02長」又は「16長2」記載について

高額長期疾病にかかる特定疾病療養受領証の提示があっても、一部負担金額が限度額(10,000円又は20,000円)未滿となる場合は、「特記事項」欄に「02長」又は「16長2」の記載は不要です。

事例4 (国保・公費10併用・70歳未満外来・区分イの患者) 分点数で高額療養費が発生する場合①

第1部 診療報酬等の請求について

○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: _____

令和 年 月 分 _____

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: 3 2 _____ 給付割合: ⑦ ()

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号: _____

公費負担者番号①	1 0	公費負担医療の受給者番号①	
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: 27 区イ

1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . 生

職務上の事由: 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害

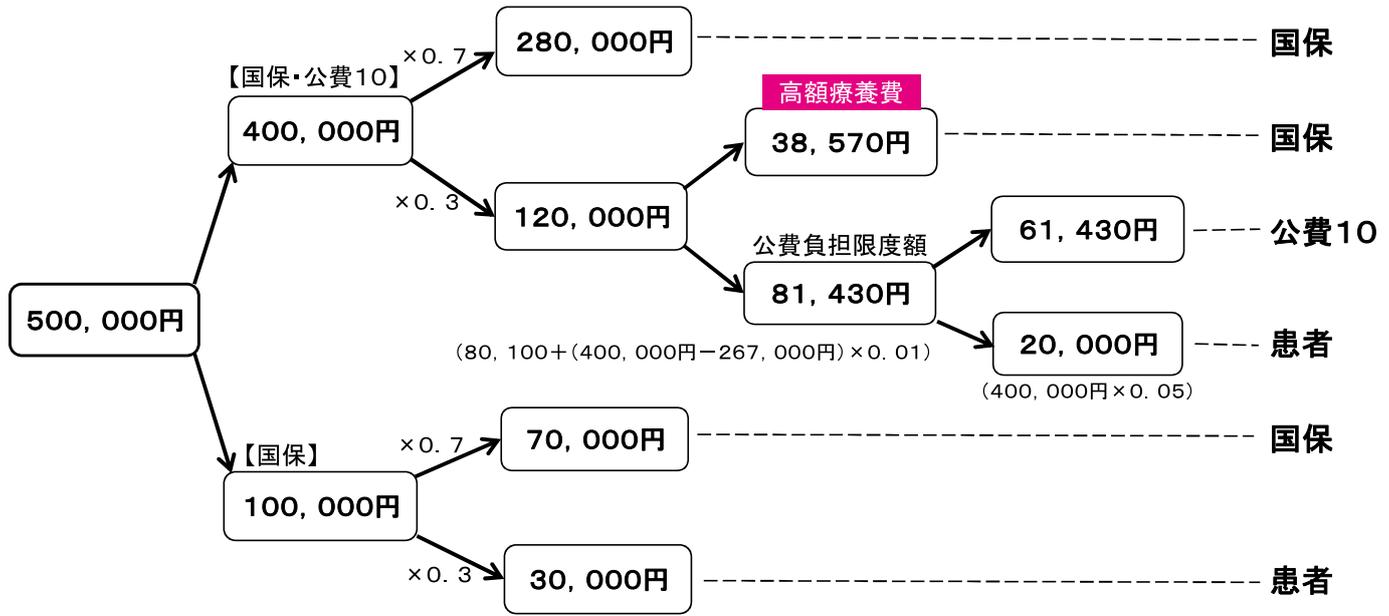
請求点	50,000	決定点		一部負担金額	(81,430)
公費の給付①	40,000				111,430
公費の給付②				50,000	

※ 高額療養費 円 ※ 公費負担点数 点 ※ 公費負担点数 点

支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載します。
(20,000円+30,000円+61,430円)

保険の一部負担金額から、公費負担医療が給付する額を控除した額(窓口で支払いを受けた額)を記載します。
(111,430円-61,430円)

《療養の給付》



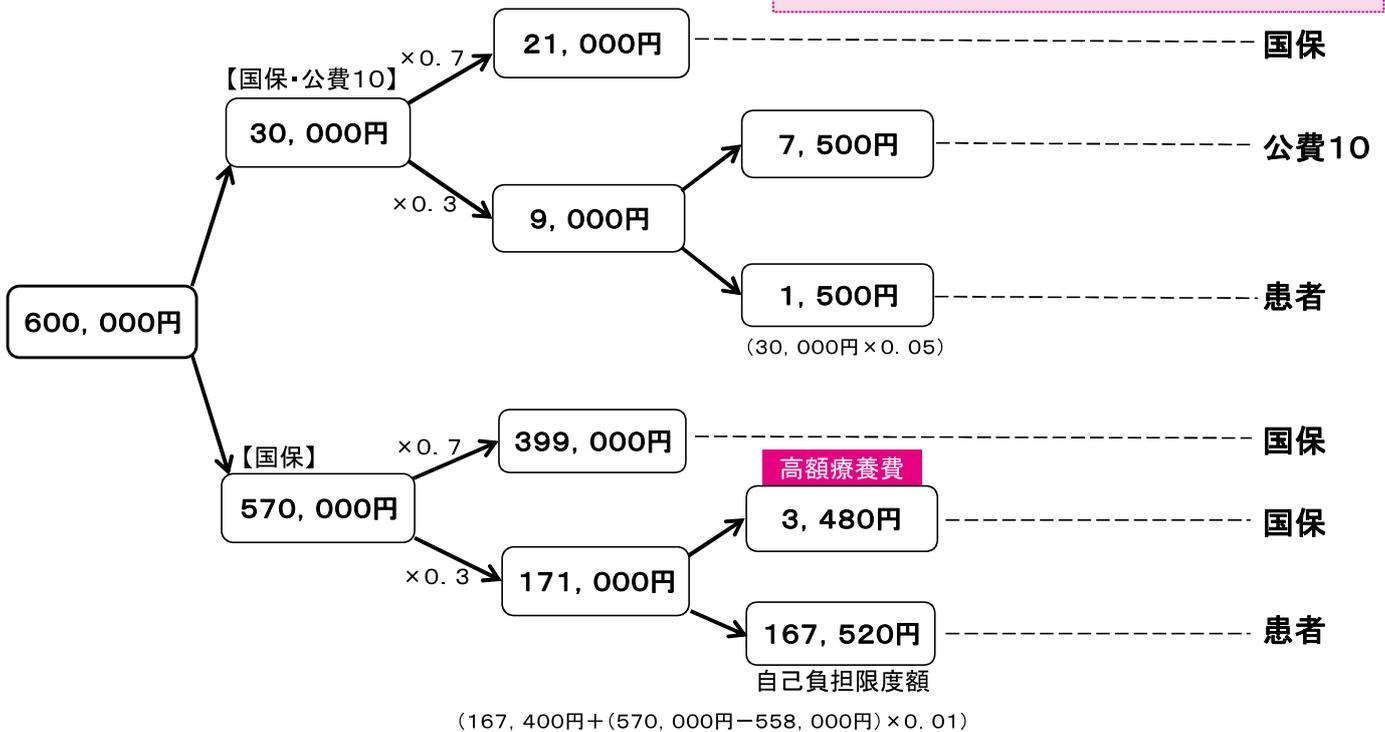
事例5 (国保・公費10併用・70歳未満外来・区分イの患者) 分点数で高額療養費が発生する場合②

○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 医科	①社・国 2公費	3後期 4退職	1単独 ②2併 33併	②本外 4六外 6家外	8高外一 0高外7
令和 年 月 分		保険者 番号	3	2			給付割合 ⑦ ()	10 9 8	
公費負担者番号①	1 0	公費負担医療の受給者番号①							
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		保険医療機関の所在地及び名称					
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . 生		27 区イ							
職務上の事由		1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害							
療養の給付	請求点	※	決定点	一部負担金額					
	60,000			(9,000)					
				176,520					
公費	3,000			169,020					
①公費					※ 高額療養費 円	※ 公費負担点数 点	※ 公費負担点数 点		
②									

支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載します。
(1,500円+167,520円+7,500円)

保険の一部負担金額から、公費負担医療が給付する額を控除した額(窓口で支払いを受けた額)を記載します。
(176,520円-7,500円)

《療養の給付》



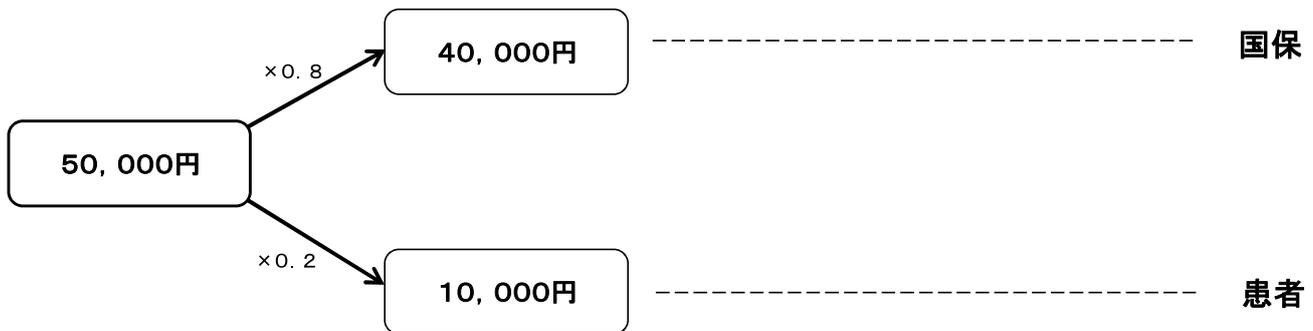
事例6 (国保・単独・高齢受給者外来・区分工の患者) 高額療養費が発生しない場合

第1部 診療報酬等の請求について

○診療報酬明細書 (医科入院外)		都道府	医療機関コード	1	①社・国	3後期	①単独	2本外	⑧高外一
		県番号		医科	2公費	4退職	22併	4六外	0高外7
令和 年 月 分				3	2		33併	6家外	109⑤
公費負担者番号① 公費負担者番号②				公費負担医療の受給者番号① 公費負担医療の受給者番号②		保険者番号 被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号			
氏名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . 生 職務上の事由 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害				特記事項 29 区工		保険医療機関の所在地及び名称			
療養の給付	請求点	※	決定点	一部負担金額		円			
	5,000								
	点	※	点	円					
①公費	点	※	点	円	※ 高額療養費 円	※ 公費負担点数 点	※ 公費負担点数 点		
②									

高額療養費が発生しないため、一部負担金の記載は不要です。

《療養の給付》



留意点③

高齢受給者(70歳~74歳)にかかる窓口負担額について

○70歳を迎える誕生月の翌月から窓口負担が2割になります。

「本人・家族」、「給付割合」及び「特記事項」欄の不一致について

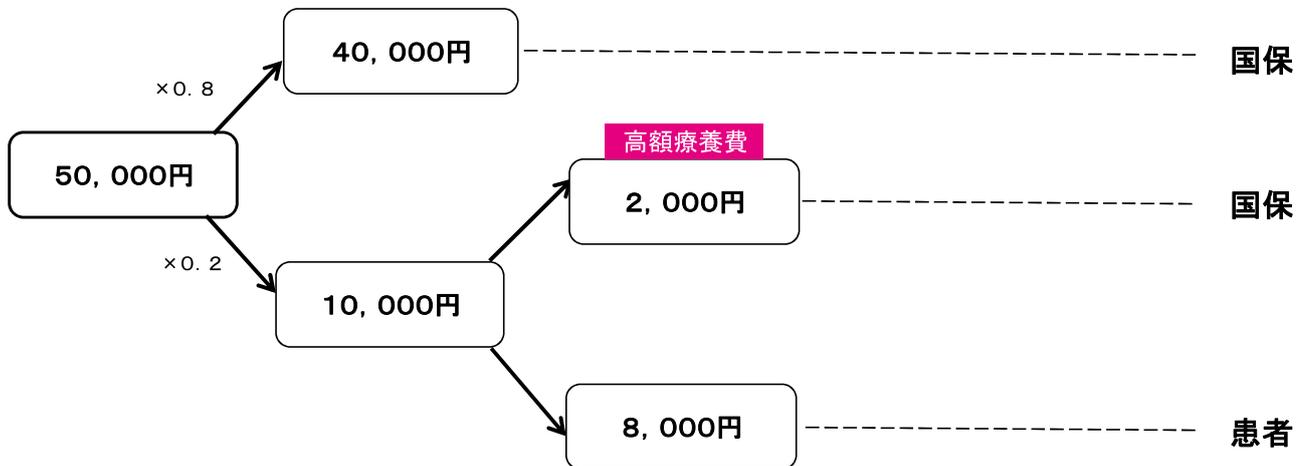
○本人・家族等の区分を訂正した場合は、給付割合及び所得区分等にかかる特記事項の記載に不一致が生じないように併せて訂正をお願いします。

事例7 (国保・単独・高齢受給者外来・区分才の患者) 高額療養費が発生する場合

○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 医科	①社・国 2公費	3後期 4退職	①単独 22併 33併	2本外 4六外 6家外	⑧高外一 0高外7
令和 年 月 分				保険者 番号	3	2		109⑤ 7()	
公費負担者番号①		公費負担医療の受給者番号①		被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号					
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			保険医療機関の所在地及び名称					
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . 生	30 区才								
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害								
療養の給付①	請求点	※決定点	一部負担金額	円					
②	5,000		8,000	円					
	点	※点		円					
	点	※点		円 ※ 高額療養費		円 ※ 公費負担点数		点 ※ 公費負担点数	

患者負担である2割相当額(10,000円)が高額療養費算定基準額(8,000円)を超え、高額療養費が発生するため、一部負担金額の記載が必要です。

《療養の給付》



留意点④

摘要欄への所得区分の記載について

※高額療養費が発生する場合のみ

○限度額適用・標準負担額減額認定証の適用区分欄が「Ⅰ」 ⇒ 摘要欄に「低所得Ⅰ」と記載

○限度額適用・標準負担額減額認定証の適用区分欄が「Ⅱ」 ⇒ 摘要欄に「低所得Ⅱ」と記載

事例8 (国保・単独・高齢受給者外来・区分ウの患者) 75歳到達月で高額療養費が発生する場合

第1部 診療報酬等の請求について

○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: _____

令和 年 月 分: _____

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

保険者番号: 3 2

給付割合: 10 9 8

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号: _____

公費負担者番号①	公費負担医療の受給者番号①
公費負担者番号②	公費負担医療の受給者番号②

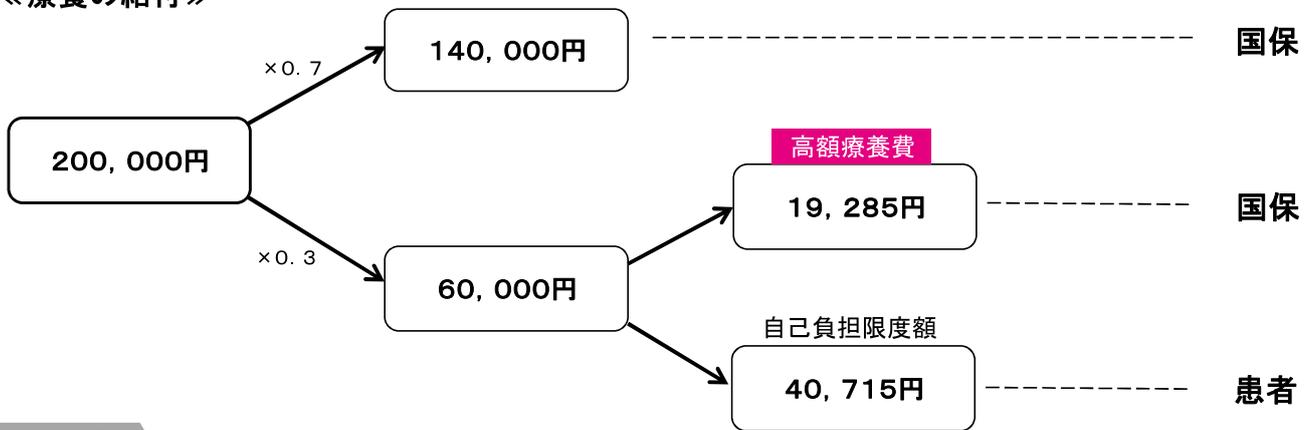
氏名: _____ 特記事項: 28 区ウ

保険医療機関の所在地及び名称: _____

75歳到達月(後期高齢者医療加入月)は、加入前後それぞれの医療保険における自己負担限度額が2分の1になります。

請求点	※ 決定点	一部負担金額
20,000		40,715
点	点	円
① 公費		
②		

《療養の給付》



留意点⑤

$$[80,100円 \times 1/2 + \{200,000円 - (267,000円 \times 1/2)\} \times 0.01]$$

75歳到達月における記載事項 その1

～自己負担限度額特例対象被扶養者等～

- ①被用者保険の被保険者本人が75歳到達により後期高齢者医療制度に加入した場合の被扶養者
- ②国民健康保険組合の組合員本人が75歳到達により後期高齢者医療制度に加入した場合に、市町村国保に保険を変えた同一世帯の被保険者

⇒月途中で75歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となった月に上記の者が療養を受けた場合は、

上記の者のレセプトの特記事項に「21 高半」と記載し、自己負担限度額は2分の1になります。

事例9 (後期高齢・単独・区分工の患者) 75歳到達月で高額療養費が発生する場合

○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: _____

令和 年 月 分 _____

1 医科	1 社・国	③ 後期	① 単独	2 本外	⑧ 高外一
2 公費	4 退職	2 2 併	3 3 併	4 六外	0 高外7
3 給付割合	10 ⑨ 8	7 ()			

保険者番号: 3 9 3 2

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号: _____

公費負担者番号①	公費負担医療の受給者番号①
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: 29 区工

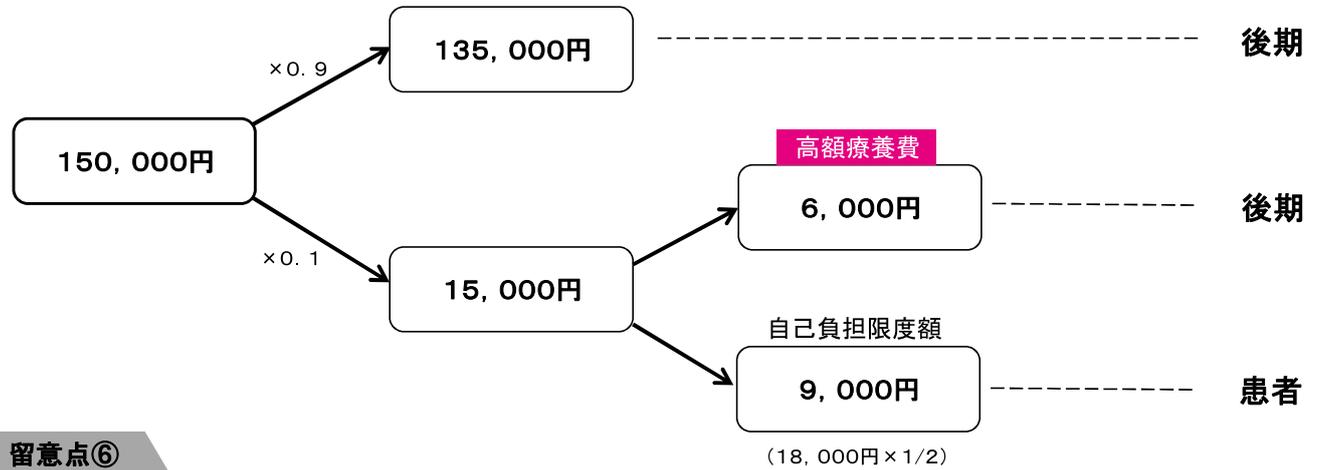
職務上の事由: 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害

請求点	※ 決定点	一部負担金額	円
15,000		9,000	
公費の給①	点	点	円
公費の給②	点	点	円 ※ 高額療養費 円 ※ 公費負担点数 点 ※ 公費負担点数 点

75歳到達月(後期高齢者医療加入月)のため、自己負担限度額が2分の1となります。

第1部 診療報酬等の請求について

《療養の給付》



留意点⑥

75歳到達月における記載事項 その2

～65歳以上75歳未満の障害認定を受けた後期高齢者医療被保険者～

- 75歳到達月であっても保険変更がないため、自己負担限度額が2分の1にはなりません。
- 75歳到達月のレセプト摘要欄に「障害」と記載します。

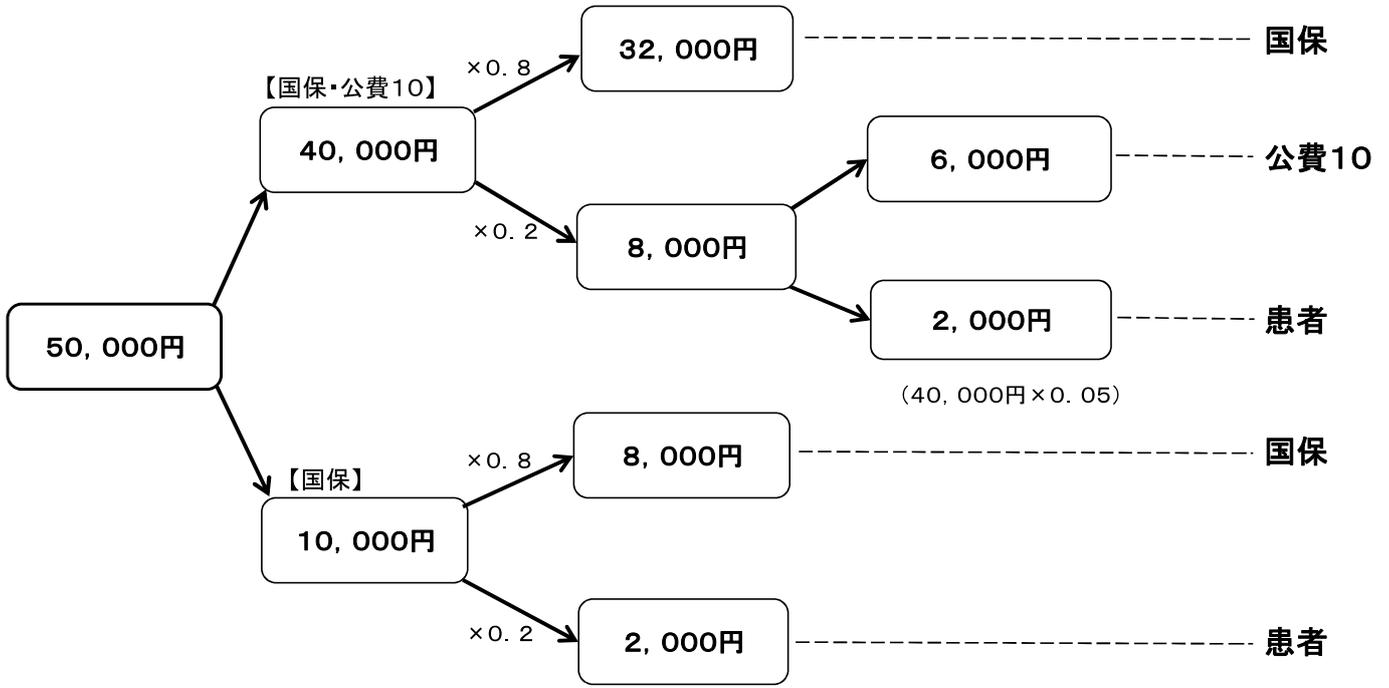
事例10 (国保・公費10併用・高齢受給者外来・区分工の患者) 分点数で高額療養費が発生しない場合

第1部 診療報酬等の請求について

○診療報酬明細書 (医科入院外)		都道府 医療機関コード		1 ①社・国 3 後期 1 単独 2 本外 ⑧高外一	
		県番号		2 公費 4 退職 3 3 併 4 六外 0高外7	
令和 年 月 分				1 単独 2 本外 ⑧高外一 ② 2 併 4 六外 0高外7 3 3 併 6 家外 7 ()	
公費負担者番号 ① 10		公費負担医療の受給者番号①		保険者番号 3 2	
公費負担者番号 ②		公費負担医療の受給者番号②		被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	
氏名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . 生			特記事項 29 区工		
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地及び名称		
療養の給付	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	
	5,000				
	公費の給付①	点 ※	点		
公費の給付②					

高額療養費が発生しないため、一部負担金の記載は不要です。

《療養の給付》



事例11 (国保・公費10併用・高齢受給者外来・区分工の患者) 高額療養費が発生する場合

○診療報酬明細書 (医科入院外)

令和 年 月 分

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1
2	2 公費	4 退職	② 2 併	4 六外	0 高外7
3			3 3 併	6 家外	
4				10 9	
5				7 ()	

保険者番号 3 2

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

公費負担者番号① 1 0

公費負担者番号②

公費負担医療の受給者番号①

公費負担医療の受給者番号②

氏名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . 生

特記事項 29 区工

職務上の事由 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害

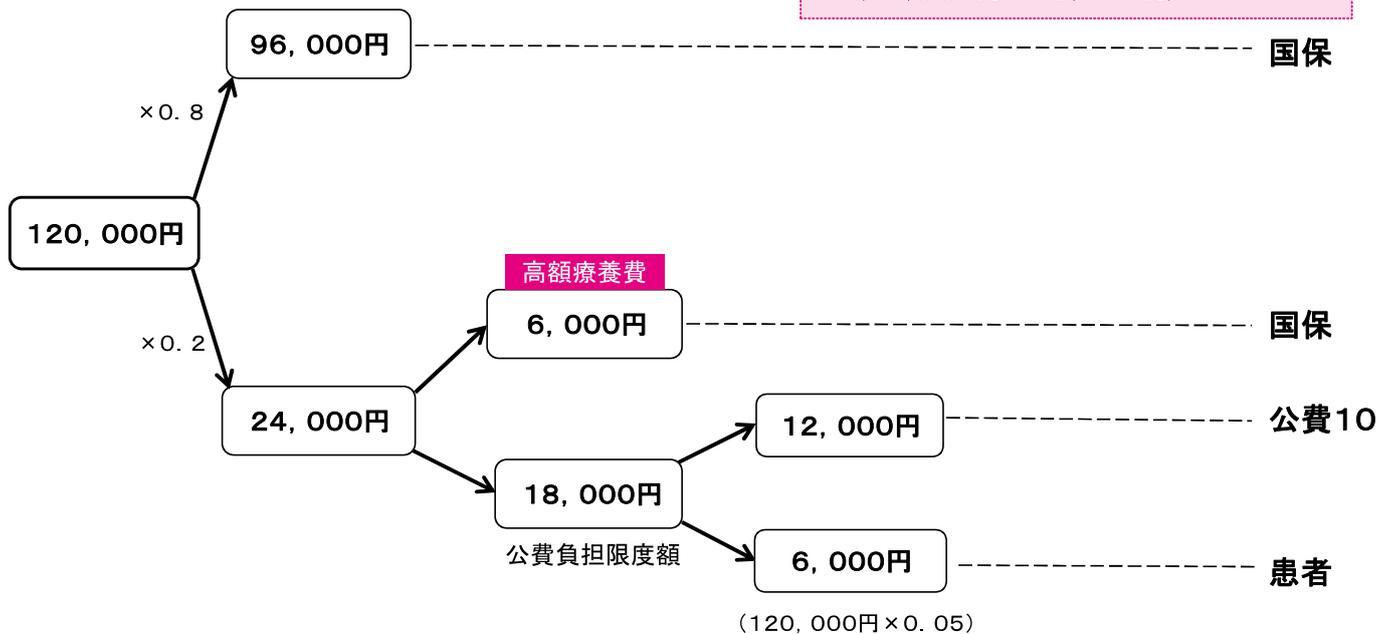
保険医療機関の所在地及び名称

患者負担である2割相当額(24,000円)が高額療養費算定基準額(18,000円)を超え、高額療養費が発生するため、一部負担金額の記載が必要です。

療養の給付	請求点	※ 決定点	一部負担金額	円
① 公費	12,000		18,000	
②			6,000	
				※ 高額療養費 円 ※ 公費負担点数 点 ※ 公費負担点数 点

第1部 診療報酬等の請求について

《療養の給付》



事例12 (国保・公費15併用・70歳未満外来・区分ウの患者) 分点数で高額療養費が発生する場合

第1部 診療報酬等の請求について

○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 医科	①社・国 2公費	3後期 4退職	1単独 ②2併 33併	②本外 4六外 6家外	8高外一 0高外7
3	2			1098	⑦()

令和 年 月 分

公費負担者番号①	15	公費負担医療の受給者番号①	
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②	

保険者番号		被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	
-------	--	---------------------	--

氏名		特記事項	28区ウ
性別	1男 2女	職業上の事由	1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害

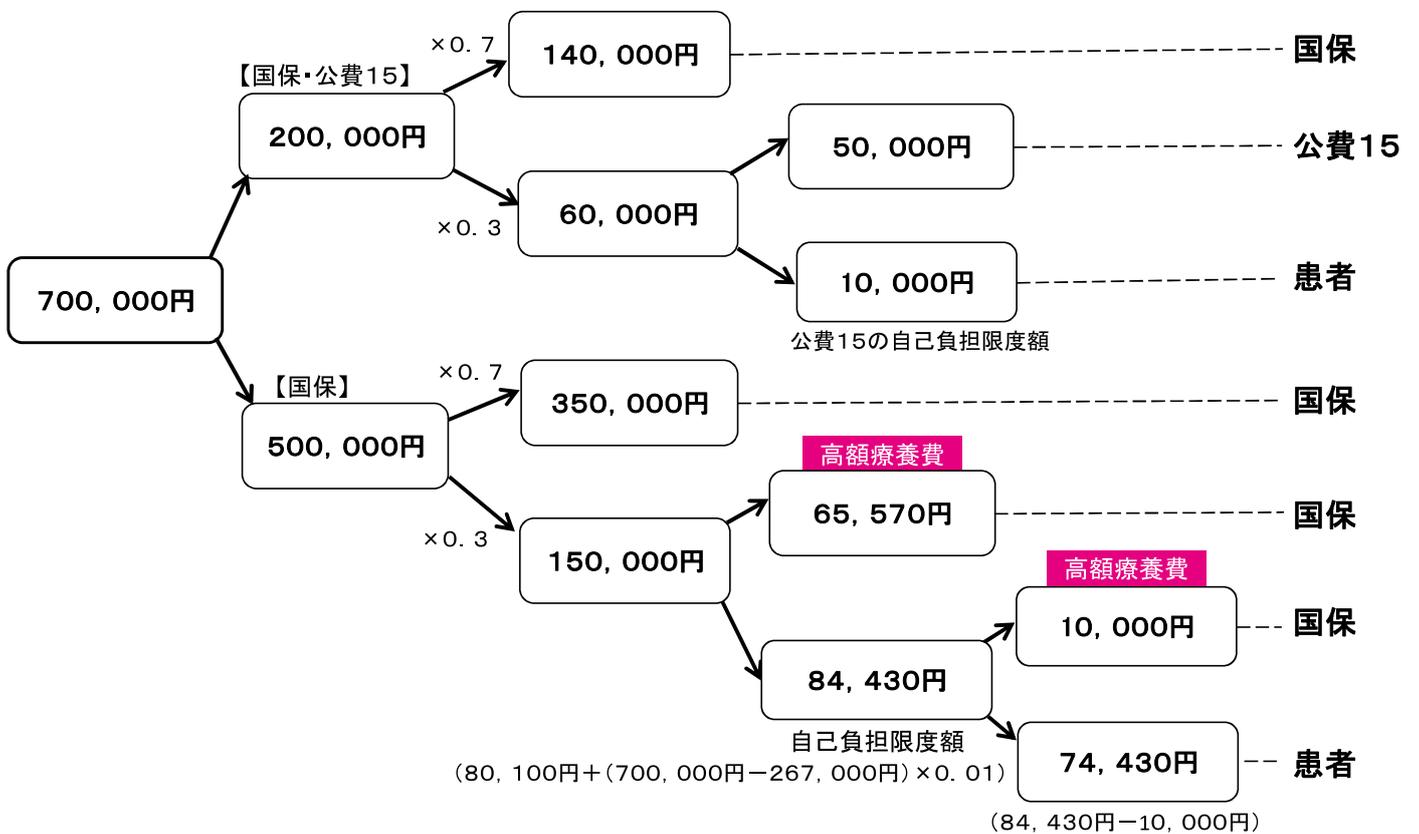
保険医療機関の所在地及び名称

支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載します。

(50,000円+10,000円+74,430円)

請求点	70,000	決定点		一部負担金額	(60,000)
公費給付①	20,000				134,430
公費給付②					10,000

《療養の給付》

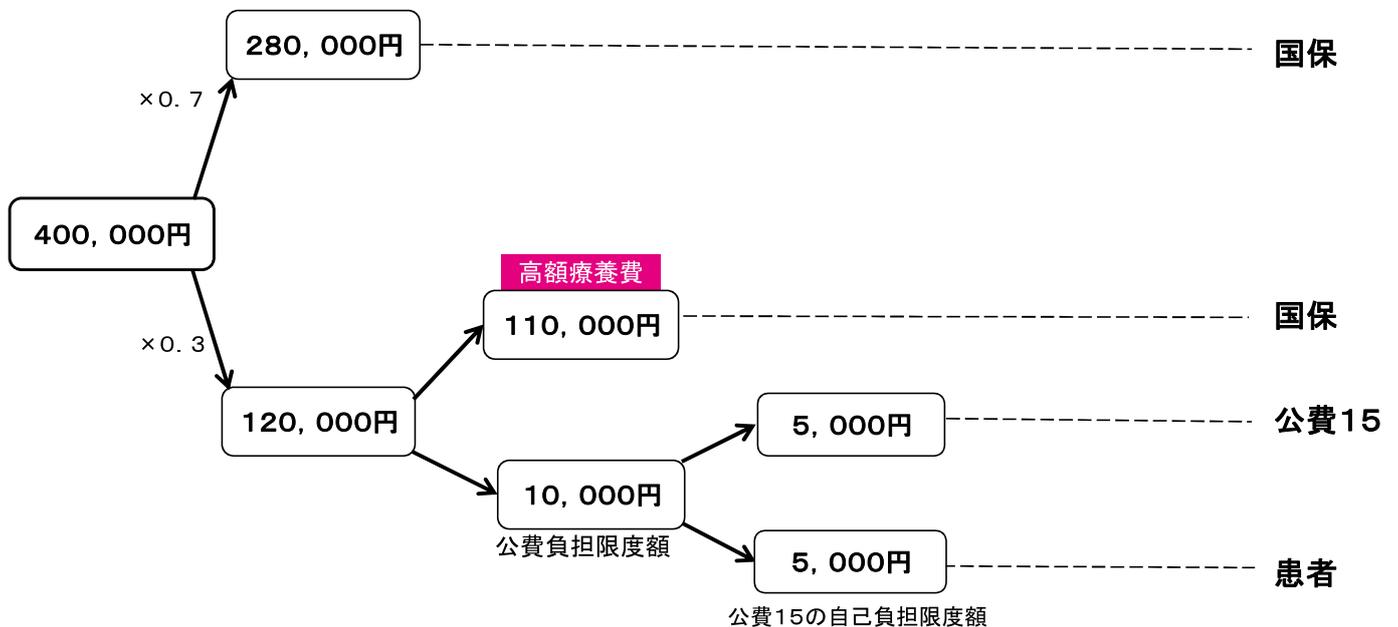


事例13 (国保・公費15併用・「02長」あり・70歳未満外来・区分工の患者) 高額療養費が発生する場合

○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 医科	①社・国 2公費	3後期 4退職	1単独 ②2併 33併	②本外 4六外 6家外	8高外一 0高外7
令和 年 月 分				保険者 番号	3	2		給付割合 1098	⑦()
公費負担者番号①	15	公費負担医療の受給者番号①		被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号					
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②		特記事項 02長 29区工					
氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . 生			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			患者負担である3割相当額(120,000円)が高額療養費算定基準額(10,000円)を超え、高額療養費が発生するため、一部負担金額の記載が必要です。					
療養の給付	請求点	※決定点	一部負担金額						
①公費	40,000		10,000	円					
②患者			5,000	円 ※高額療養費 円 ※公費負担点数点 ※公費負担点数点					

第1部 診療報酬等の請求について

《療養の給付》



留意点⑦

特記事項「02長」、「16長2」の記載について

○特記事項「02長」、「16長2」の限度額未満の場合は、特記事項へ当該記載は不要です。

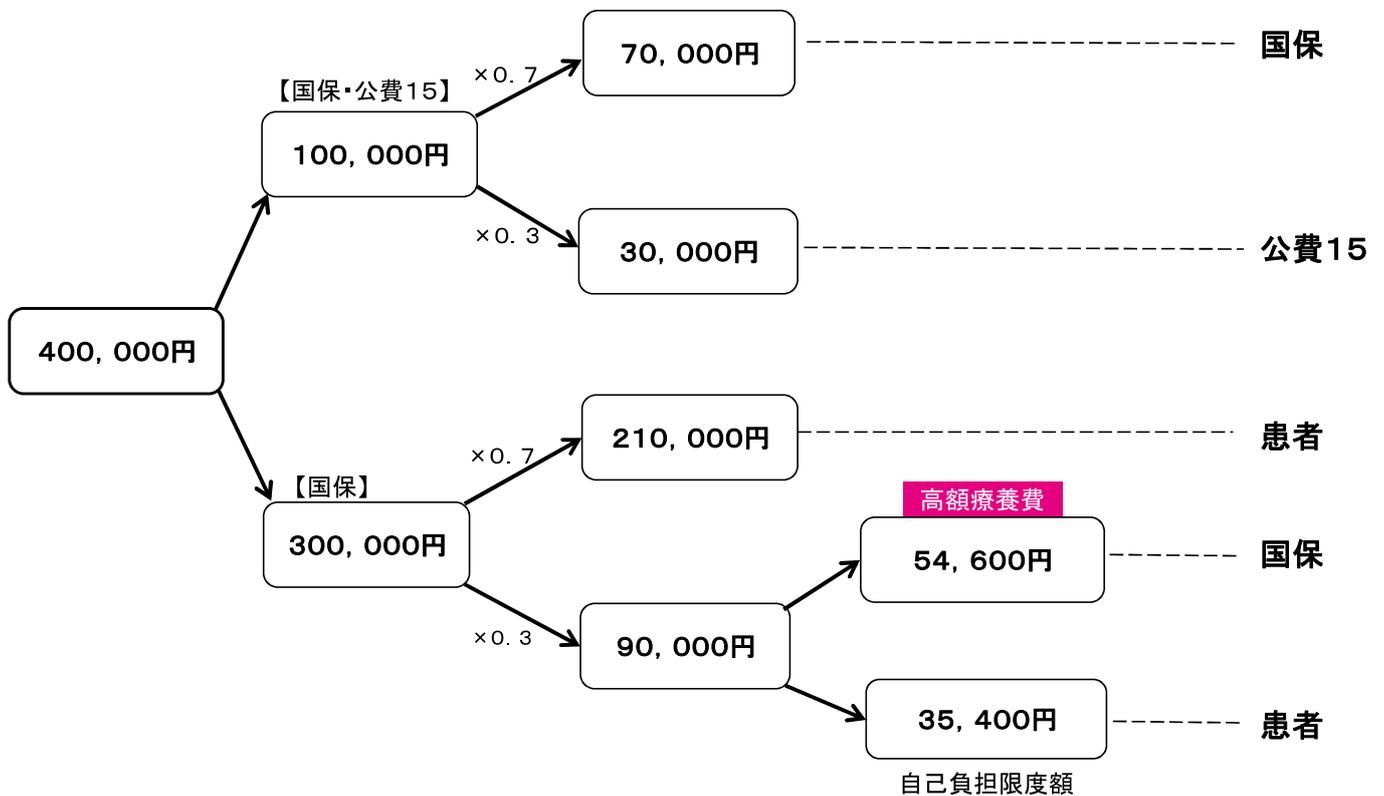
事例14 (国保・公費15併用・70歳未満外来・区分才の患者) 分点数で高額療養費が発生する場合①

第1部 診療報酬等の請求について

○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 医科	①社・国 2公費	3後期 4退職	1単独 ②2併 33併	②本外 4六外 6家外	8高外一 0高外7
令和 年 月 分				保険者 番号	3	2		給付割合 ⑦ ()	10 9 8
公費負担者番号①	1	5		公費負担医療の受給者番号①					
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			保険医療機関の所在地及び名称					
	30 区才								
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害								
療養の給付	請求点	※	決定点	一部負担金額					
①公費	40,000			(30,000)					
②	10,000			65,400					
		点	点	円	※ 高額療養費 円	※ 公費負担点数 点	※ 公費負担点数 点		

支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載します。
(30,000円+35,400円)

《療養の給付》

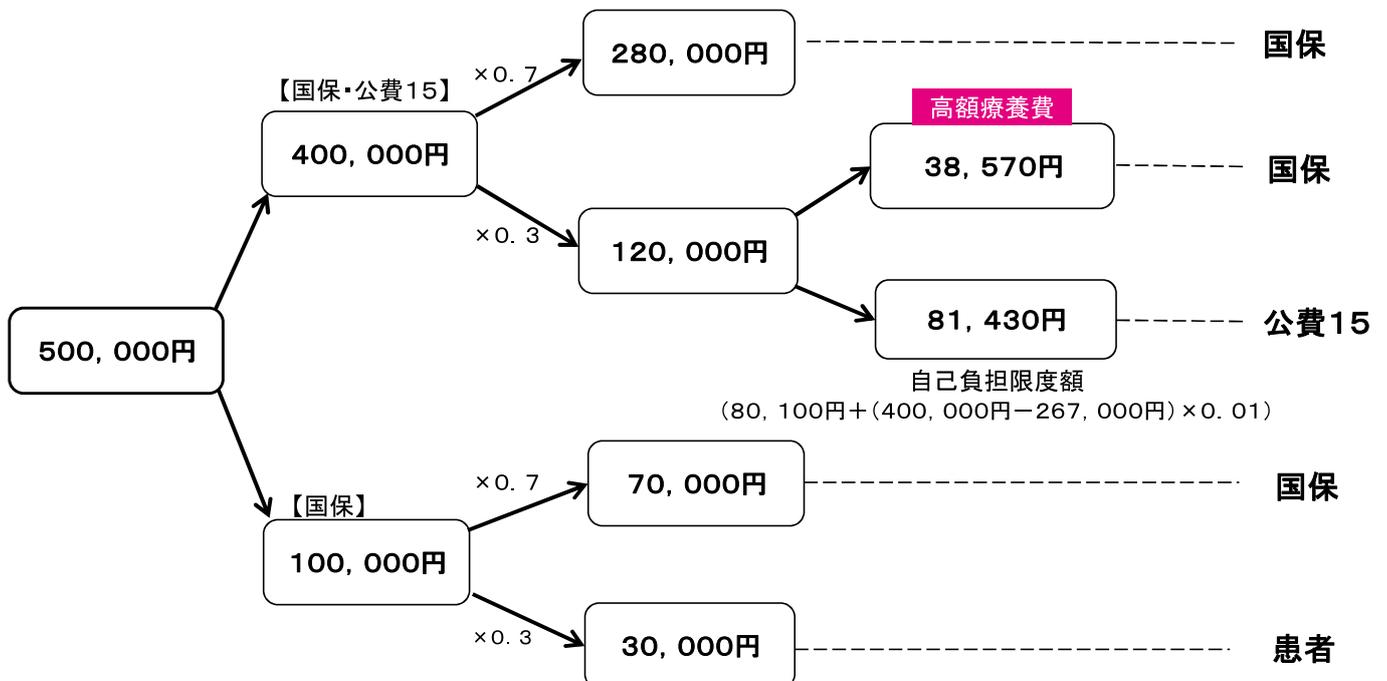


事例15 (国保・公費15併用・70歳未満外来・区分才の患者) 分点数で高額療養費が発生する場合②

○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 医科	①社・国 2公費	3後期 4退職	1単独 ②2併 33併	②本外 4六外 6家外	8高外一 0高外7
令和 年 月 分				保険者 番号	3	2		給付割合 ⑦ ()	10 9 8
公費負担者番号①	1	5		公費負担医療の受給者番号①					
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	30 区才				
性別	1男 2女	1明 2大 3昭 4平 5令	生	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								
療養の給付	請求点	※	決定点	一部負担金額	円				
	50,000			(81, 430)					
				111,430					
①公費	40,000				円				
②					※ 高額療養費 円		※ 公費負担点数 点		※ 公費負担点数 点

第1部 診療報酬等の請求について

《療養の給付》



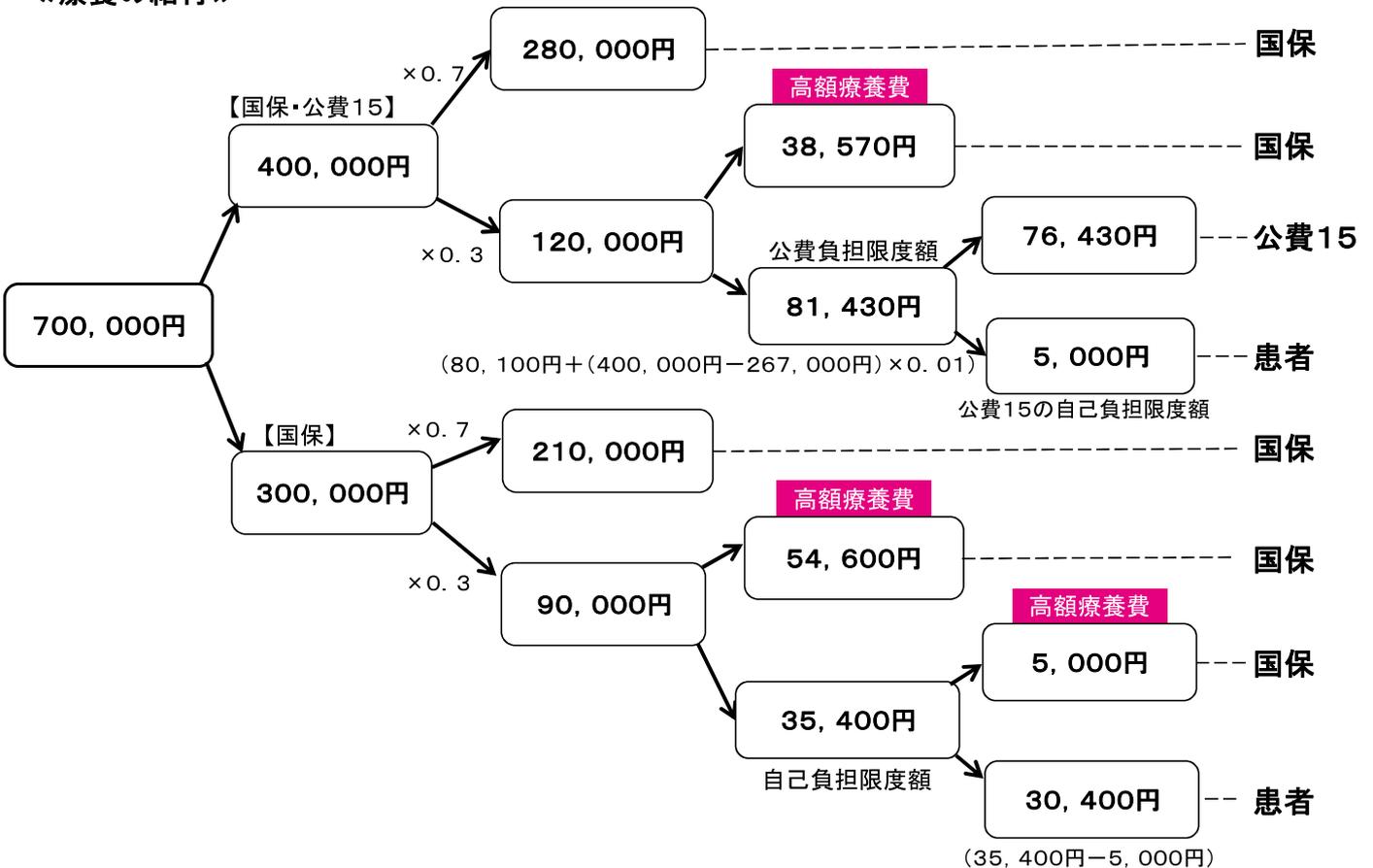
事例16 (国保・公費15併用・70歳未満外来・区分才の患者) 分点数で高額療養費が発生する場合③

第1部 診療報酬等の請求について

○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 医科	①社・国 2公費	3後期 4退職	1単独 ②2併 33併	②本外 4六外 6家外	8高外一 0高外7
		令和 年 月 分	保険者 番号	3 2	給付割合 ⑦ ()	10 9 8			
公費負担者番号①	1 5	公費負担医療の受給者番号①		被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号					
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		保険医療機関の所在地及び名称						
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . 生	30 区才								
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害								
療養の給付	請求点	※ 決定点	一部負担金額	(81,430円) 111,830円					
	70,000		円						
	公費給付①	40,000	5,000	円	※ 高額療養費 円	※ 公費負担点数 点	※ 公費負担点数 点		
公費給付②									

支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載します。
 (76,430円+5,000円+30,400円)

《療養の給付》



事例17 (国保・公費54併用・70歳未満外来・区分ウの患者) 高額療養費が発生しない場合

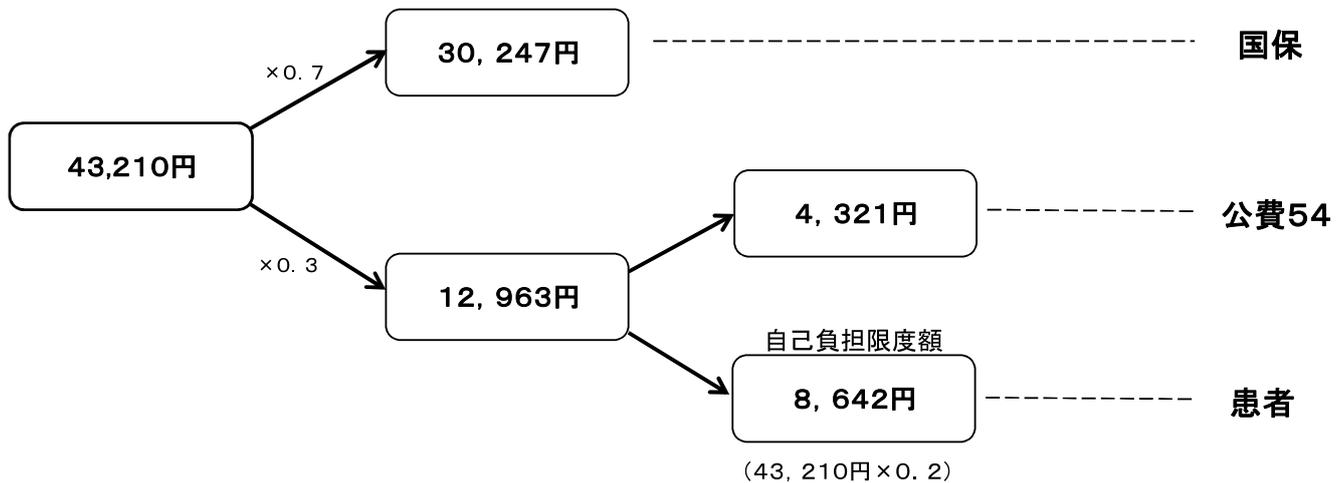
○診療報酬明細書 (医科入院外)		都道府 県番号	医療機関コード	1 医科	①社・国 2公費	3後期 4退職	1単独 ②2併 33併	②本外 4六外 6家外	8高外一 0高外7
令和年月分				保険者 番号	3	2		1098	⑦()
公費負担者番号①	54	601	公費負担医療の受給者番号①	被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号					
公費負担者番号②			公費負担医療の受給者番号②						
氏名	28区ウ			特記事項	保険医療機関の所在地及び名称				
職務上の事由	1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害								
療養の給付	請求点※	決定点	一部負担金額	円					
①公費	4,321		8,642	円					
②				円 ※高額療養費 円 ※公費負担点数点 ※公費負担点数点					

高額療養費が発生しないため、一部負担金の記載は必要です。

公費に係る自己負担限度額が上限に到達せず、高額療養費が発生しない場合は1円単位で記載願います。

《療養の給付》

※公費にかかる自己負担限度額が10,000円の場合



留意点⑧

難病の患者に対する医療等に関する法律(難病法)について

- 難病法に基づく医療費助成制度において、医療保険の患者負担割合が3割の者については、負担割合が2割に軽減されます。
- 入院・入院外の区分を設定せず、また、複数の指定機関(薬局、訪問看護ステーションを含む)で支払われた自己負担をすべて合算した上で自己負担限度額を適用します。

事例18 (国保・公費54併用・70歳未満外来・区分工の患者) 高額療養費が発生する場合

第1部 診療報酬等の請求について

○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: _____

令和 年 月 分 _____

1	①社・国	3後期	1単独	②本外	8高外一
医科	2公費	4退職	②2併	4六外	0高外7
			33併	6家外	
保険者番号	3	2		給付割合	10 9 8
公費負担者番号①	5	4	6	0	1
公費負担者番号②					

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号 _____

氏名: _____ 特記事項: 29 区工

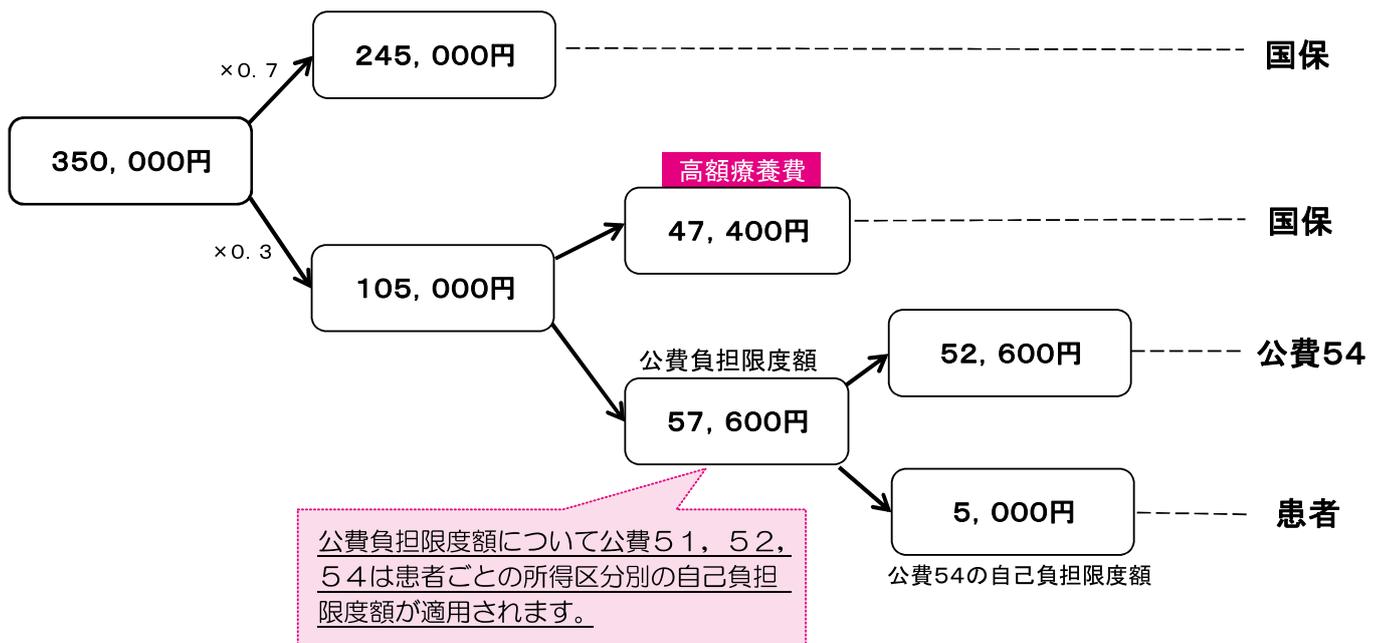
保険医療機関の所在地及び名称: _____

高額療養費が発生するため、一部負担金の記載が必要です。特記事項ごとの計算方法はP. 53をご参照ください。

療養の給付	請求点	※決定点	一部負担金額	円
保険公費	35,000		57,600	
①公費			5,000	
②				

《療養の給付》

※公費にかかる自己負担限度額が5,000円の場合



事例19 (国保・公費54併用・70歳未満外来・区分工の患者) 高額療養費が発生する場合

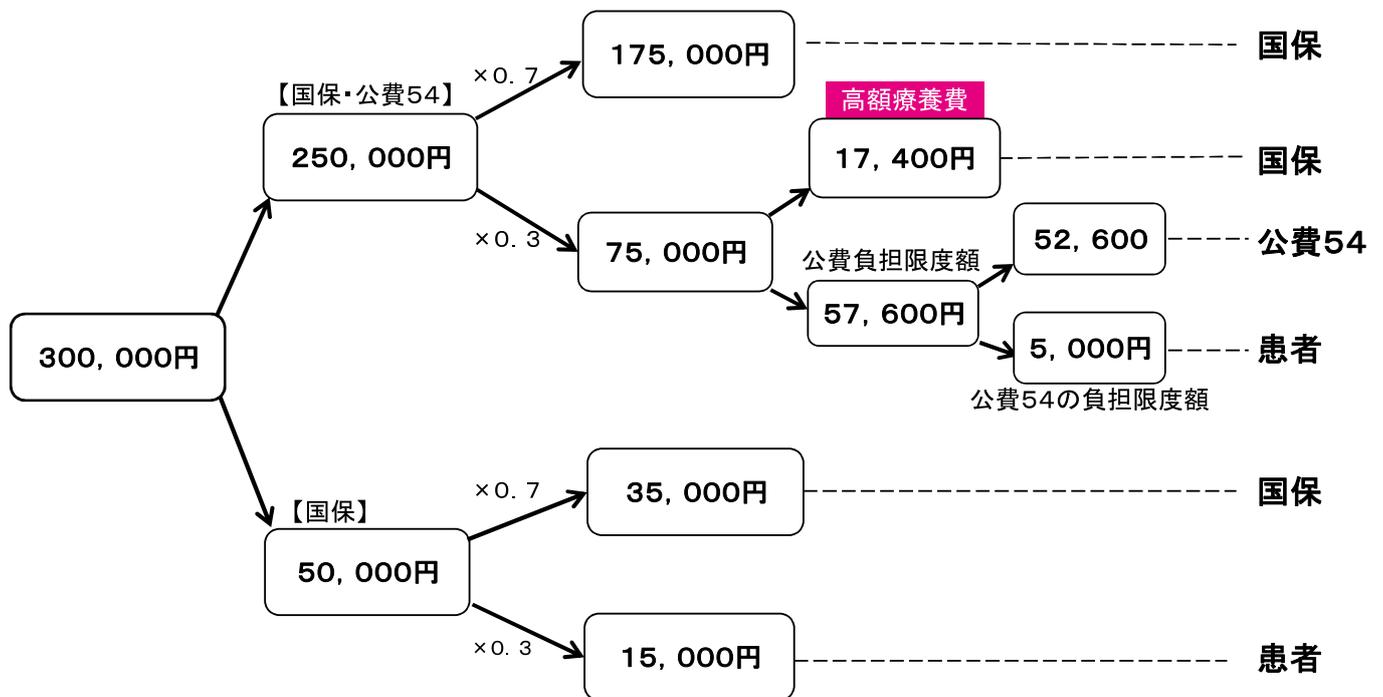
○診療報酬明細書 (医科入院外)		都道府 県番号	医療機関コード	1 医科	①社・国 2公費	3後期 4退職	1単独 ②2併 33併	②本外 4六外 6家外	8高外一 0高外7
令和 年 月 分				保険者 番号	3	2		給付割合 ⑦ ()	10 9 8
公費負担者番号①	5	4	6 0 1	公費負担医療の受給者番号①					
公費負担者番号②				公費負担医療の受給者番号②					
氏名				特記事項		保険医療機関の所在地及び名称			
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . . 生				29 区工					
職務上の事由				1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害					
療養の給付	請求点	※	決定点	一部負担金額 円					
	30,000			(57,600) 72,600					
	25,000			5,000					
①公費		点	点	円	※ 高額療養費 円	※ 公費負担点数 点	※ 公費負担点数 点		
②									

支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載します。
(52,600円+5,000円+15,000円)

第1部 診療報酬等の請求について

《療養の給付》

※公費にかかる自己負担限度額が5,000円の場合



事例20 (国保・公費54併用・70歳未満外来・区分ウの患者) 分点数で高額療養費が発生する場合

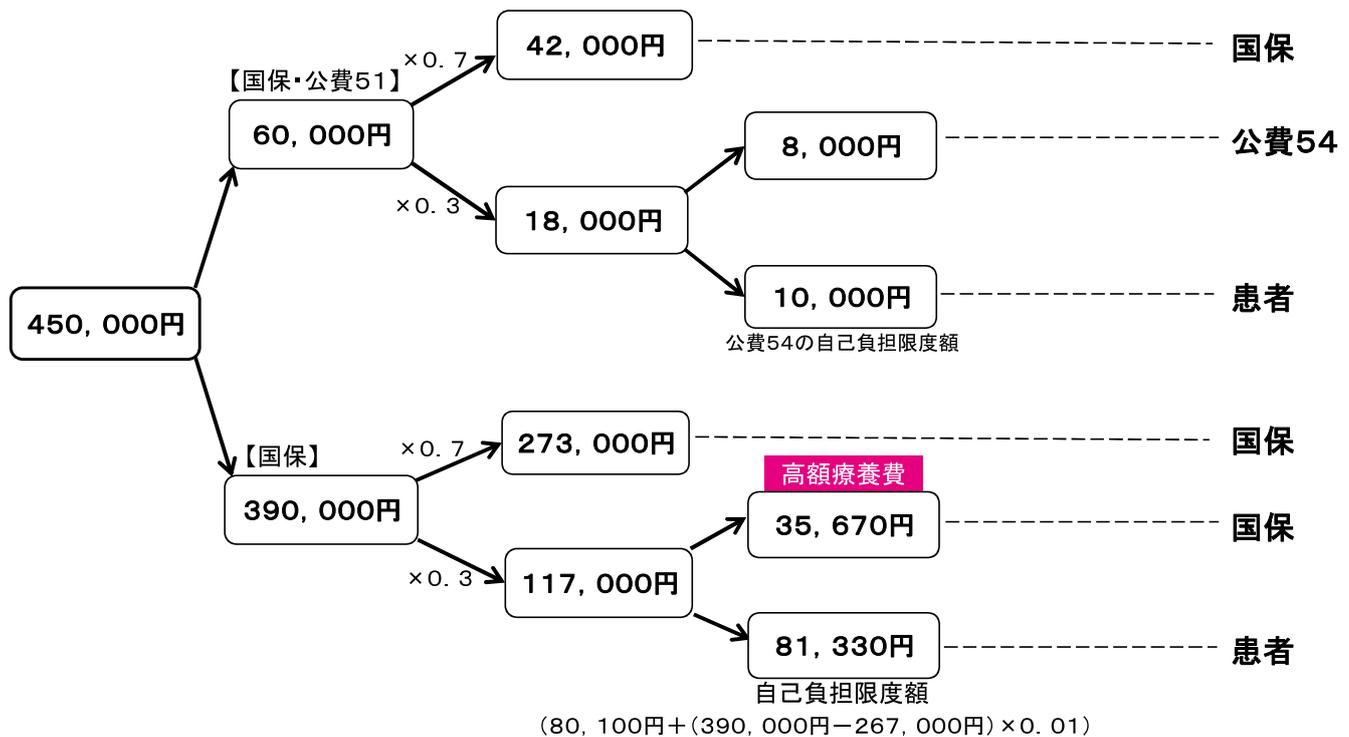
第1部 診療報酬等の請求について

○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 医科	①社・国 2公費	3後期 4退職	1単独 ②2併 33併	②本外 4六外 6家外	8高外1 0高外7
令和 年 月 分				保険者 番号	3	2		1098	⑦()
公費負担者番号①	54	601	公費負担医療の受給者番号①	被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号					
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			保険医療機関の所在地及び名称					
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . 生	28 区ウ								
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害								
療養の給付	請求点	※決定点	一部負担金額						
①	45,000		(18,000) 99,330						
②	6,000		10,000						
				※高額療養費 円	※公費負担点数 点	※公費負担点数 点			

支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載します。
(8,000円+10,000円+81,330円)

《療養の給付》

※公費にかかる自己負担限度額が10,000円の場合

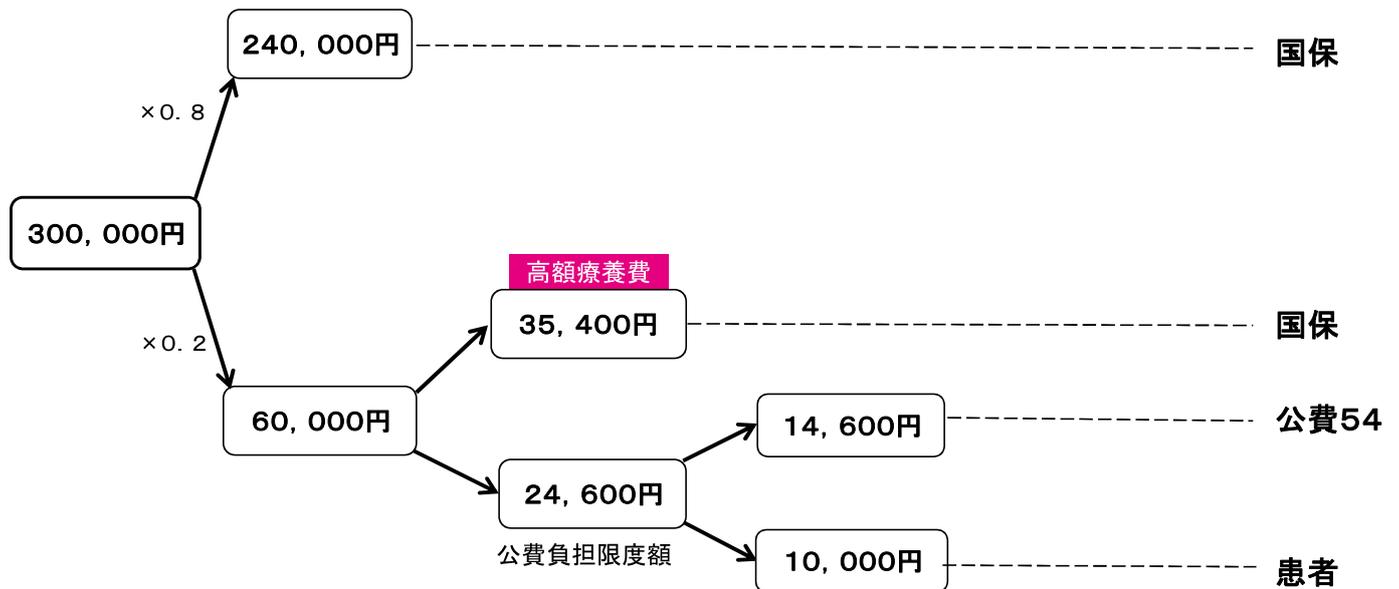


事例21 (国保・公費54併用・高齢受給者外来・区分才の患者) で高額療養費が発生する場合

○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 医科	①社・国 2公費	3後期 4退職	1単独 ②2併 33併	2本外 4六外 6家外	⑧高外1 0高外7
令和 年 月 分				保険者 番号	3	2		109⑧ 7()	
公費負担者番号①	54	601*	公費負担医療の受給者番号①	被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号					
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			保険医療機関の所在地及び名称					
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . 生	30 区才								
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害								
療養の給付	請求点	※ 決定点	一部負担金額	低所得Ⅱ					
	30,000		24,600						
	公費		10,000						
①公費	点	※ 点	円	※ 高額療養費 円	※ 公費負担点数 点	※ 公費負担点数 点			
②									

第1部 診療報酬等の請求について

《療養の給付》



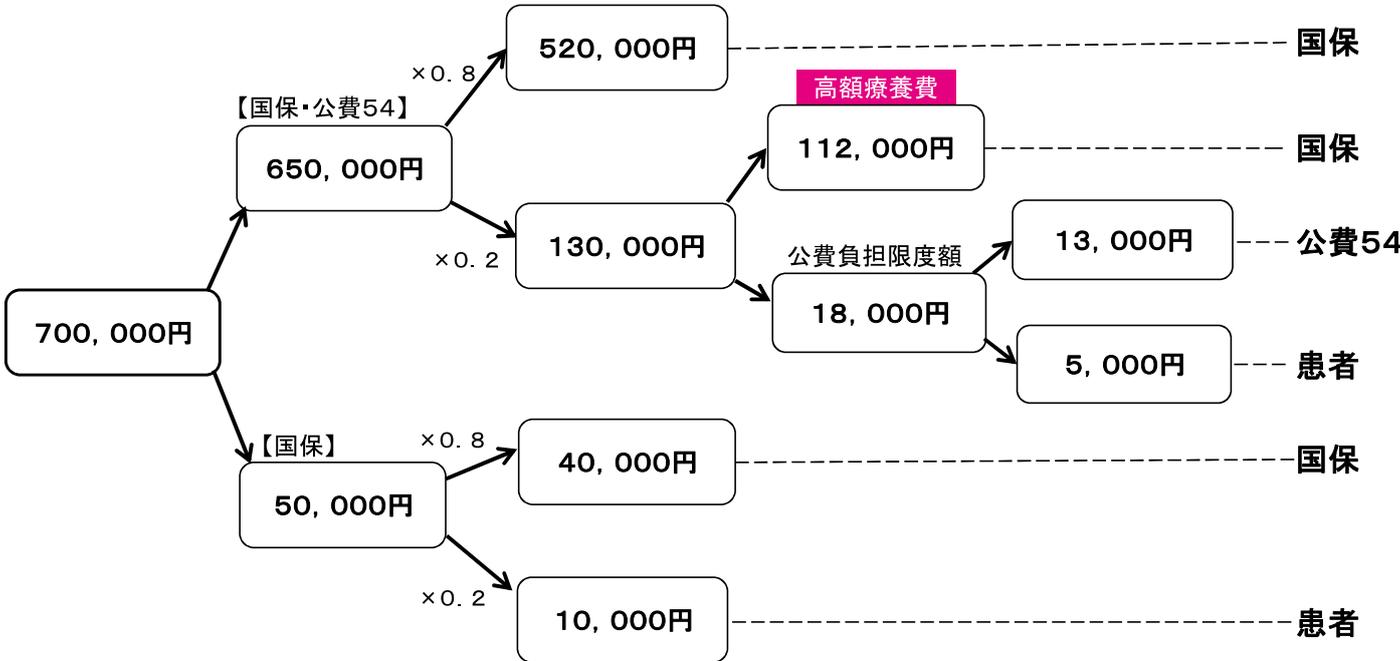
事例22 (国保・公費54併用・高齢受給者外来・区分工の患者) 分点数で高額療養費が発生する場合

第1部 診療報酬等の請求について

○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 医科	①社・国 2公費	3後期 4退職	1単独 ②2併 33併	2本外 4六外 6家外	⑧高外1 0高外7
令和 年 月 分				保険者 番号	3	2		10 9 ⑧ 7 ()	
公費負担者番号①	5	4	6 0 1	公費負担医療の受給者番号①					
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			保険医療機関の所在地及び名称					
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . 生	29 区工								
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害								
療養の給付	請求点	※	決定点	一部負担金額					
	70,000			(18,000) 28,000					
	65,000			5,000					
①公費	点	※	点	円	※ 高額療養費 円	※ 公費負担点数 点	※ 公費負担点数 点		
②									

支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載します。
(13,000円+5,000円+10,000円)

《療養の給付》



参考1

自己負担割合と高額療養費制度における自己負担限度額

【自己負担割合】

75歳以上(後期高齢者/65歳以上の寝たきり等の患者を含む)	1割	現役並所得者:3割
70~74歳(高齢受給者)	2割	現役並所得者:3割
6歳4月(義務教育就学)以降~69歳	3割	
6歳3月末以前(義務教育就学前)	2割	

【自己負担限度額】

<70歳未満の者>

	自己負担限度額	多数該当(※1)	特記事項欄の記載	
			多数該当以外	多数該当
●区分ア 年収約1,160万円以上	252,600円+(医療費-842,000円)×0.01	140,100円	26区ア	31多ア
●区分イ 年収約770万~ 約1,160万円	167,400円+(医療費-558,000円)×0.01	93,000円	27区イ	32多イ
●区分ウ 年収約370万~ 約770万円	80,100円+(医療費-267,000円)×0.01	44,400円	28区ウ	33多ウ
●区分エ 年収約370万円以下	57,600円	44,400円	29区エ	34多エ
●区分オ 低所得(住民税非課税)	35,400円	24,600円	30区オ	35多オ
高額長期疾病患者の自己負担限度額(月額):10,000円 ただし、人工透析を要する上位所得者については20,000円			02長 16長2(※2)	

<70歳以上の者>

	自己負担限度額			特記事項欄の記載	
	世帯単位(入院・外来)	個人単位(外来)	多数該当(※1)	多数該当以外	多数該当
●現役並所得者Ⅲ 年収約1,160万円以上	252,600円+(医療費-842,000円)×0.01		140,100円	26区ア	31多ア
●現役並所得者Ⅱ 年収約770万~ 約1,160万円	167,400円+(医療費-558,000円)×0.01		93,000円	27区イ	32多イ
●現役並所得者Ⅰ 年収約370万~ 約770万円	80,100円+(医療費-267,000円)×0.01		44,400円	28区ウ	33多ウ
●一般 年収約156万~ 約370万円	57,600円	18,000円	44,400円	29区エ	34多エ
●低所得Ⅱ 住民税非課税	24,600円	8,000円		30区オ	
●低所得Ⅰ 住民税非課税・ 所得が一定以下	15,000円	8,000円		30区オ	
高額長期疾病患者の自己負担限度額(月額):10,000円				02長(※2)	

(※1) 多数該当 ⇒ 過去12ヶ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目の支給に該当する場合

(※2) 自己負担限度額が10,000円及び20,000円を超えない場合は特記事項の記載は不要です。

参考2

第三者の不法行為にかかるレセプトについて

レセプトの記載要領では、患者の疾病又は負傷が、第三者の不法行為（交通事故等）によって生じたと認められる場合は、「特記事項」欄に「10 第三」と記載することとなっております。

なお、第三者の不法行為には、交通事故のほか、船舶事故、他人の飼い犬による咬傷、食中毒、けんかによる傷害等も該当します。

○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 医科	①社・国 2公費	3後期 4退職	①単独 22併 33併	②本外 4六外 6家外	8高外一 0高外7
令和 年 月 分				保険者 番号	3	2		給付割合 10 9 8	⑦ ()
公費負担者番号①		公費負担医療の受給者番号①		被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号					
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		保険医療機関の所在地及び名称				
			10 第三						
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . . 生		職務上の事由		1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害					

疾病又は負傷が第三者の不正行為によって生じた場合は、「特記事項」欄に「10 第三」と記載する。

第2部

地方単独医療費の請求について

1. 請求方法

国保、後期高齢者医療分については、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または乳幼児等医療費の情報を記載して提出してください。

社保分については、紙媒体（連記様式の請求書）または電子媒体での請求です。

【社保分について】

(1) 紙媒体での請求

連記様式の請求書（福祉：P.57、乳幼児等：P.58参照）を作成し請求してください（国保連合会のホームページからダウンロードが可能）。

記載項目については、記載項目内容（P.56）、記載例（P.62～P.76）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件数を記載してください。

(2) 電子媒体（CD-R、FD、MO）での請求

電子請求ファイルレイアウト（P.59参照）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請求してください。

なお、国保連合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。ソフト及びマニュアルは国保連合会のホームページからダウンロードしてください。

また、電子媒体で請求する場合は、事前テストが可能です。希望される場合はご連絡ください。

電子媒体には医療機関コード等を記載し（P.60参照）、『電子媒体等送付書』（P.61参照）を添付のうえ提出してください。

(3) 請求の受付

受付締切日は、レセプトと同様、毎月10日です。

10日までに国保連合会へ持参又は送付（10日必着）してください。

2. 請求書の返戻

福祉医療費と乳幼児等医療費の請求書について返戻があった場合は、『増減点等及び返戻通知書』により通知します。

この通知は、福祉医療費および乳幼児等医療費請求月の翌月の初旬に送付します。

3. 請求書の記載項目

○記載項目説明

※福祉、乳幼児欄 ○：必須項目、△：該当の場合のみ記載

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	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（項番⑫以下同様）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⑮）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⑮）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⑰）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⑰）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⑳）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⑳）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の合計 公費併用時は、下段に公費別番号及び請求件数の合計
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㉓）の合計 公費併用時は、下段に公費①一部負担金額（項番㉑）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	診療年月（数字4桁） 例）令和3年4月⇒0304
㉒	○	○	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：高齢受給者医療一般・低所得者入院 8：高齢受給者医療一般・低所得者外来 9：高齢受給者医療7割給付入院 0：高齢受給者医療7割給付外来
㉓	○	○	生年月日	生年月日 例）昭和34年5月6日⇒S34.5.6
㉔	○	○	給付割合	保険給付割合（数字1桁） ※本家入外区分と一致する給付割合 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（7、8は高齢受給者の場合）
㉕	△	△	特記事項	特記事項（02：長、16：長2、26：区ア、27：区イ、28：区ウ、29：区エ、30：区オ等） ※複数該当する場合は上下2段で記載してください。
㉖	○	○	日数	診療実日数
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⑰）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⑰）－公費①点数（項番㉘）） ※保険点数（項番⑰）と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）

※項番は福祉・乳幼児等医療費請求書（社保分）の様式（P.57、58）の①～㉜に対応しています。

電子請求ファイルレアウト

No.	項目	バイト数	乳幼児等医療	福祉医療	説明
1	医療機関コード	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	△	△	現行は使用しない項目のため未設定にする
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 (5yymm/5=令和)
14	保険制度	1	○	○	1=社保 (固定)
15	本人家族入外	1	○	○	1=本人入院、3=未就学児入院、5=家族入院、7=高齢者(一般、低所得)入院、9=高齢者(一定以上)入院 2=本人外来、4=未就学児外来、6=家族外来、8=高齢者(一般、低所得)外来、0=高齢者(一定以上)外来 (3 ~ 6) (1 ~ 0)
16	性別	1	○	○	1=男、2=女
17	生年月日	固定 7	○	○	和暦年月日 (gyymdd/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	固定 2	△	△	02=長、16=長2、26=区ア、27=区イ、28=区ウ、29=区エ、30=区オ 等
20	在宅総合診療科	1	/	△	現行は使用しない項目のため未設定にする
21	診療日数	最大 2	○	○	診療実日数
22	保険日数	最大 7	△	△	保険点日数
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、保険一部負担額のうち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、保険一部負担額のうち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/乳幼児等医療の一部負担額(窓口徴収額)

○	必須項目
△	該当する場合のみ必須項目
/	編集出来ない項目

・ファイル名

GYMM_32T*****.csv

G : 元号 (令和 : 5) } 提出年月 (5桁)
 YY : 年 }
 MM : 月 (提出月)

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)

・ CSV形式 (レコード末尾に0x0d0aが追加されている事) 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 (WindowsXP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

住 所 松江市学園一丁目7番14号
 開設者
 氏 名 国保 太郎

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	99-9999-9		
医療機関（薬局）名称	〇〇病院		
診療（調剤）月分	令和〇〇年〇〇月診療（調剤）分		
提出年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
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。

○自立支援医療併用あり（法別：21）

事例7 外来・70歳未満・自立支援福祉併用・現物給付なし

本家入外：本人外来（給付割合：7割）
 所得区分：区分才（住民税非課税）
 保険点数：3,500点
 公費①点数：3,500円
 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

【国保の場合】

公費負担者番号①	2:1	3:2	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0
公費負担者番号②	9:1	3:2	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0

特記事項
02長
30区才

保険療養の給付	請求点	※決定点	一部負担金額 円
	3,500		
公費①			2,500
公費②			1,000

【社保の場合】

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	診察年月	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
7	00000000	●●●●	00000000	00000000	21320000	0305	2	S**.**.*	7		2	3,500				2,500	1,000
8	00000000	●●●●	00000000	00000000	15320000	0305	2	S**.**.*	7	0230	10	40,700				5,000	1,000
9	00000000	●●●●	00000000	00000000	15320000	0305	8	S**.**.*	8	0230	10	40,700			10,000	5,000	1,000

○更生医療・特定疾病療養併用あり（法別：15）

事例8 外来・70歳未満・更生医療福祉併用・現物給付あり

本家入外：本人外来（給付割合：7割）
 所得区分：区分才（住民税非課税）
 保険点数：40,700点
 特定疾病療養（02長）限度額：10,000円
 公費①点数：40,700点
 公費①一部負担限度額：5,000円
 福祉医療負担限度額：1,000円

【国保の場合】

公費負担者番号①	1:5	3:2	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0
公費負担者番号②	9:1	3:2	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0

特記事項
02長
30区才

保険療養の給付	請求点	※決定点	一部負担金額 円
	40,700		
公費①			5,000
公費②			1,000

○更生医療・特定疾病療養併用あり（法別：15）

事例9 外来・70歳以上・更生医療福祉併用・現物給付あり

本家入外：高齢受給者低所得外来（給付割合：8割）
 所得区分：低所得
 保険点数：40,700点
 特定疾病療養（02長）限度額：10,000円
 公費①点数：40,700点
 公費①一部負担限度額：5,000円
 福祉医療負担限度額：1,000円

【国保の場合】

公費負担者番号①	1:5	3:2	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0
公費負担者番号②	9:1	3:2	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0

特記事項
02長
30区才

保険療養の給付	請求点	※決定点	一部負担金額 円
	40,700		10,000
公費①			5,000
公費②			1,000

○難病公費併用あり（法別：54）

事例10 外来・70歳未満・難病福祉併用・現物給付なし

本家入外：本人外来（給付割合：7割）

所得区分：区分才（住民税非課税）

保険点数：437点

公費①点数：437点

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

【国保の場合】

公費負担者番号①	5:4	3:2	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0
公費負担者番号②	9:1	3:2	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0

特記事項

30区分才
437点×10円×2割 < 2,500円
⇒ 874円を記載

請求点※決定	437	負担金額円
保険療養の給付		874
公費①		440
公費②		

437点×10円×1割 < 1,000円
⇒ 440円を記載

【社保の場合】

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	公費負担者番号②	診療年月	治療年月	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
10	00000000	●●●●	00000000	00000000	54320000	54320000	0305	0305	2	S**.*.*.**	7	30	2	437	437			874	440
11	00000000	●●●●	00000000	00000000	54320000	54320000	0305	0305	2	S**.*.*.**	7	29	5	8,000	5,900	2,100		0	6,000
12	00000000	●●●●	00000000	00000000	54320000	54320000	0305	0305	2	S**.*.*.**	7	30	4	5,400	4,000	1,400		2,500	5,400

事例11 外来・70歳未満・難病福祉併用・現物給付なし

本家入外：本人外来（給付割合：7割）

所得区分：区分工（年収約370万円以下）

保険点数：8,000点

公費①点数：5,900点

公費①一部負担限度額：10,000円

福祉医療負担限度額：6,000円

【国保の場合】

公費負担者番号①	5:4	3:2	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0
公費負担者番号②	9:1	3:2	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0

特記事項

29区分工
他医療機関等で限度額まで徴収あり

請求点※決定	8,000	負担金額円
保険療養の給付		0
公費①		6,000
公費②		

8,000点×10円×1割 > 6,000円
0円(公費①患者負担)+(2,100点×10円×3割) > 6,000円
⇒ 6,000円を記載

事例12 外来・70歳未満・難病福祉併用・現物給付なし

本家入外：本人外来（給付割合：7割）

所得区分：区分才（住民税非課税）

保険点数：5,400点

公費①点数：4,000点

公費①一部負担限度額：2,500円

福祉医療負担限度額：6,000円

【国保の場合】

公費負担者番号①	5:4	3:2	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0
公費負担者番号②	9:1	3:2	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0

特記事項

30区分才
5,400点×10円×2割 > 2,500円
⇒ 2,500円を記載

請求点※決定	5,400	負担金額円
保険療養の給付		2,500
公費①		5,400
公費②		

5,400点×10円×1割 < 6,000円
2,500円(公費①患者負担)+(1,400点×10円×3割) > 5,400円
⇒ 5,400円を記載

○感染症にかかる公費併用あり（法別28：新型コロナウイルス感染症にかかる行政検査の取り扱い分）

事例13 入院・70歳未満・感染福祉併用・現物給付なし

本家入外：本人入院（給付割合：7割）
 所得区分：区分ワ（年収約370万～約770万円）
 保険点数：30,000点
 公費①点数：1,500点
 公費①一部負担限度額：0円
 福祉医療負担限度額：20,000円

【国保の場合】

公費負担者番号①	2:8 3:2 0:0:0 0	公費負担医療の受給者番号①	9:9:9 9:9:9 6
公費負担者番号②	9:1 3:2 0:0:0 0	公費負担医療の受給者番号②	0:0:0 0:0:0 0

28区ウ
 患者負担は生じない ⇒ 0円を記載

請求点※決定	標準負担額	円※決定	円	標準負担額	円
21,000		19,200	30		
1,500		0	0		0
19,500					20,000

21,000点×10円×1割 > 20,000円
 ⇒ 20,000円を記載

【社保の場合】

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
13	00000000	●●●●	00000000	0000000000	28320000	00000000	0305	1	S**.***.***	7	28	10	21,000	1,500	19,500	0	0	20,000
14	00000000	●●●●	00000000	0000000000	28320000	00000000	0305	2	S**.***.***	7	30	2	1,600	744	856	0	0	1,000

事例14 外来・70歳未満・感染福祉併用・現物給付なし

本家入外：本人外来（給付割合：7割）
 所得区分：区分才（住民税非課税）
 保険点数：1,600点
 公費①点数：744点
 公費①一部負担限度額：0円
 福祉医療負担限度額：1,000円

【国保の場合】

公費負担者番号①	2:8 3:2 0:0:0 0	公費負担医療の受給者番号①	9:9:9 9:9:9 6
公費負担者番号②	9:1 3:2 0:0:0 0	公費負担医療の受給者番号②	0:0:0 0:0:0 0

30区オ
 患者負担は生じない ⇒ 0円を記載

請求点※決定	標準負担額	円※決定	円	標準負担額	円
1,600					
744					0
856					1,000

1,600点×10円×1割 > 1,000円
 ⇒ 1,000円を記載

○高額療養費現物給付あり

事例3 外来・70歳未満・福祉併用・現物給付あり

本家入外：本人外来（給付割合：7割）
 所得区分：区分才（住民税非課税）
 保険点数：12,088点
 高額療養費負担限度額：35,400円

【国保の場合】

特記事項	30区分才	公負①	9:1	3:2	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0
		公負②											
請求点	12,088	決定点	公受①										
一部負担金額	35,400		公受②										

保険	請求点	決定点	一部負担金額
①	12,088	35,400	12,088点 × 10円 × 3割 > 35,400円 ⇒ 35,400円を記載
②			

事例4 外来・70歳以上・福祉併用・現物給付あり

本家入外：高齢者受給者一般外来（給付割合：8割）
 所得区分：一般
 保険点数：9,465点
 高額療養費負担限度額：18,000円

【国保の場合】

特記事項	29区分工	公負①	9:1	3:2	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0
		公負②											
請求点	9,465	決定点	公受①										
一部負担金額	18,000		公受②										

保険	請求点	決定点	一部負担金額
①	9,465	18,000	9,465点 × 10円 × 2割 > 18,000円 ⇒ 18,000円を記載
②			

【社保の場合】

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
3	00000000	●●●●	0000000000	0000000000			0305	2	S**.**.*	7	30	5	12,088		35,400			
4	00000000	●●●●	0000000000	0000000000			0305	8	S**.**.*	8	29	3	9,465		18,000			

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載

一部負担金額は、『診療報酬請求書の記載要領等について』を参考に記載してください。

○自立支援医療併用あり（法別：21）

事例5 外来・70歳未満・自立支援福祉併用・現物給付なし

本家入外：家族外来（給付割合：7割）

所得区分：区分ウ（年収約370万～約770万円）

保険点数：2,000点

公費①点数：2,000点

公費①一部負担限度額：原則1割負担（上限なしの場合）

事例6 外来・70歳未満・自立支援福祉併用・現物給付なし

本家入外：家族外来（給付割合：7割）

所得区分：区分ウ（年収約370万～約770万円）

保険点数：2,000点

公費①点数：500点

公費①一部負担限度額：原則1割負担（上限なしの場合）

【国保の場合】

公費①	2:1	3:2	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0
公費①	2:1	3:2	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0
公費②	9:1	3:2	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0
請求点	2,000								
一部負担金額	2,000								
①									
②									

【国保の場合】

公費①	2:1	3:2	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0
公費①	2:1	3:2	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0
公費②	9:1	3:2	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0
請求点	2,000								
一部負担金額	500								
①									
②	1,500								

【社保の場合】

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
5	00000000	●●●●	0000000000	0000000000	2132000000	0000000000	0305	6	S**.*.*.*	7		3	2,000			2,000		
6	00000000	●●●●	0000000000	0000000000	2132000000	0000000000	0305	6	S**.*.*.*	7		3	2,000	500	1,500	500	500	

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載

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点数を記載し、福祉点数は（保険点数）－（公費①）点数を記載

○未就学者：福祉及び乳幼児等の受給者

事例4 外来・福祉乳幼児等受給者・現物給付なし

本家入外：未就学外来（給付割合8割）
 所得区分：世帯非課税者・20歳未満の障がい児・者
 保険点数：10,000点
 公費①点数：10,000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

【国保の場合】

公費負担者番号①	9:1	3:2	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0
公費負担者番号②	9:0	3:2	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0

保険療養の給付	請求点	※決	定	点	一部負担金額	円
公費①	10,000					
公費②						
$10,000 \text{点} \times 10 \text{円} \times 1 \text{割} > 1,000 \text{円}$ $\Rightarrow 1,000 \text{円を記載}$						

市町村制度により患者負担なし
 \Rightarrow 一部負担金額(控除額)は記載しない

【社保の場合】

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	公費負担者番号②	本家入外	診療年月	公費受給者番号①	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
4	00000000	●●●●	00000000	0000000000	91320000		4	0305	00000000	8		7	10,000				1,000	
5	00000000	●●●●	00000000	0000000000			6	0305		7		3	3,500					
6	00000000	●●●●	00000000	0000000000			6	0305		7		3	3,500					1,000

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に記載

一部負担金額等は、『診療報酬請求書等の記載要領等について』を参考に記載してください。

○就学者：高額療養費現物給付なし

【乳幼児等医療の拡大により無料となる場合】

事例5 外来・乳幼児等併用・現物給付なし

本家入外：家族外来（給付割合7割）
 所得区分：区分ウ（年収約370万～約770万円）
 保険点数：3,500点

乳幼児等医療負担限度額：無料

【国保の場合】

公費負担者番号①	9:0	3:2	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0	0:0
公費負担者番号②									

保険療養の給付	請求点	※決	定	点	一部負担金額	円
公費①	3,500					
公費②						
$3,500 \text{点} \times 10 \text{円} \times 1 \text{割} > 1,000 \text{円}$ $\Rightarrow 1,000 \text{円を記載}$						

市町村制度により患者負担なし
 \Rightarrow 一部負担金額(控除額)は記載しない

【国保の場合】

公費負担者番号①	9:0	3:2	0:0	0:2	9	0:0	0:0	0:0	0:0
公費負担者番号②									

保険療養の給付	請求点	※決	定	点	一部負担金額	円
公費①	3,500					
公費②						
$3,500 \text{点} \times 10 \text{円} \times 1 \text{割} > 1,000 \text{円}$ $\Rightarrow 1,000 \text{円を記載}$						

【自己負担限度額がある場合】

事例6 外来・乳幼児等併用・現物給付なし

本家入外：家族外来（給付割合7割）
 所得区分：区分ウ（年収約370万～約770万円）
 保険点数：3,500点

乳幼児等医療負担限度額：1,000円

【江津市の場合】

事例13 外来・福祉乳幼児等受給者・現物給付なし

本家入外：家族外来（給付割合7割）

所得区分：区分ウ（年収約370万～約770万円）

保険点数：15,000点

公費①点数：15,000点

福祉医療負担限度額：6,000円（一般）

乳幼児等医療負担限度額：1,000円

【江津市の場合】

事例14 外来・福祉乳幼児等受給者・現物給付なし

本家入外：家族外来（給付割合7割）

所得区分：世帯非課税者・2歳未満の障がい児・者

保険点数：15,000点

公費①点数：15,000点

福祉医療負担限度額：1,000円

乳幼児等医療負担限度額：1,000円

【国保の場合】

公費負担者番号①	9	0	3	2	0	0	7	8	0	0	0	0	0	0	0
公費負担者番号②	9	0	3	2	0	0	7	8	0	0	0	0	0	0	0

福祉医療の自己負担限度額が乳幼児等医療の自己負担限度額より大きい場合 ⇒ 乳幼児等医療のみで請求

保険療養の給付	請求点	決定点	一部負担金額
公費①	15,000		
公費②			
$15,000 \text{点} \times 10 \text{円} \times 1 \text{割} > 1,000 \text{円}$ ⇒ 1,000円を記載			

【国保の場合】

公費負担者番号①	9	1	3	2	0	0	7	7	0	0	0	0	0	0
公費負担者番号②	9	0	3	2	0	0	7	8	0	0	0	0	0	0

福祉医療の自己負担限度額が乳幼児等医療の自己負担限度額と同一の場合 ⇒ 福祉医療のみで請求

保険療養の給付	請求点	決定点	一部負担金額
公費①	15,000		
公費②			
$15,000 \text{点} \times 10 \text{円} \times 1 \text{割} > 1,000 \text{円}$ ⇒ 1,000円を記載			

【社保の場合】

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	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
13	00000000	●●●●●●●●	0000000000	000000000000000000			0305	6	H**.**.*	7	15,000						1,000
14																	

ポイント 福祉医療併用時、自己負担限度額によって乳幼児等医療費請求書又は福祉医療費請求書のいずれかでのみ請求（江津市のみ）

乳幼児等医療記載例

(調剤)

○高額療養費現物給付なし

事例1 外来・未就学者・乳幼児併用・現物給付なし

本家入外：未就学者外来（給付割合：8割）

所得区分：区分ウ（年収約370万～約770万円）

保険点数：500点

事例2 外来・就学者・乳幼児併用・現物給付なし

本家入外：家族外来（給付割合：7割）

所得区分：区分ウ（年収約370万～約770万円）

保険点数：2,000点

【国保の場合】

公負①	9:0	3:2	0:0:0:0	公受①	0:0:0:0:0:0
公負②				公受②	
請求点	※	決	定	点	一部負担金額
500					円
①					
②					

【国保の場合】

公負①	9:0	3:2	0:0:0:0	公受①	0:0:0:0:0:0
公負②				公受②	
請求点	※	決	定	点	一部負担金額
2,000					円
①					
②					

【社保の場合】

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	00000000	●●●●	00000000	00000000			0305	4	R**.**.**	8		1	500					
2	00000000	●●●●	00000000	00000000			0305	6	H**.**.**	7		2	2,000					

ポイント 控除額欄は記載不要

調剤薬局においては、一部負担金額が乳幼児等医療費により全額助成されるため、公費一部負担金額欄（社保分は控除額欄）の記載は不要

○高額療養費現物給付あり

事例3 外来・未就学者・乳幼児併用・現物給付あり

本家入外：未就学者外来（給付割合：8割）

所得区分：区分才（住民税非課税）

保険点数：18,754点

高額療養費負担限度額：35,400円

【国保の場合】

公負①	9:0	3:2	0:0:0	0	公受①	0:0:0	0:0:0	0
公負②					公受②			

特記事項
30区分才

保険	請求点※	決定点	一部負担金額	円
	18,754			35,400
①	18,754点 × 10円 × 2割 > 35,400円 ⇒ 35,400円を記載			
②				

事例4 外来・就学者・乳幼児併用・現物給付あり

本家入外：家族外来（給付割合：7割）

所得区分：区分ウ（年収約370万～約770万円）

保険点数：28,623点

高額療養費負担限度額：80,100円 +（医療費 - 267,000円） × 1%

【国保の場合】

公負①	9:0	3:2	0:0:0	0	公受①	0:0:0	0:0:0	0
公負②					公受②			

特記事項
28区分ウ

保険	請求点※	決定点	一部負担金額	円
	28,623			80,292
①	80,100円 + (28,623点 × 10円 - 267,000円) × 1% = 80,292円 ⇒ 80,292円を記載			
②				

【社保の場合】

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
3	00000000	●●●●	0000000000	0000000000			0305	4	R**.**.**	8	30	5	18,754			35,400		
4	00000000	●●●●	0000000000	0000000000			0305	6	H**.**.**	7	28	3	28,623			80,292		

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載

一部負担金額は、『診療報酬請求書の記載要領等について』を参考に記載してください。

参考

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3年4月診療分～)

<島根県>

乳幼児医療 (0歳から就学前)		福祉医療			
入院	外来	入院		外来	
総医療費の1割を自己負担 上限2,000円	総医療費の1割を自己負担 上限1,000円	総医療費の1割を自己負担	(一) 20,000円 (非) 2,000円 (障) 2,000円	総医療費の1割を自己負担	(一) 6,000円 (非) 1,000円 (障) 1,000円

※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>

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歳から就学前) 入院・外来共通	こども医療(乳幼児医療拡大部分)						福祉医療
				対象	助成内容		対象	助成内容		
					入院	外来		入院	外来	
1	91320010 90320011	松江市	無料	小学生	無料	無料	中学生	無料	県制度に 準じる	
2	91320028 90320029	浜田市		小学生	総医療費の1割を自己負担 上限2,000円	総医療費の1割を自己負担 上限1,000円	中学生	医療保険の自己負担額 上限2,000円		医療保険の自己負担額 上限1,000円
3	91320036 90320037	出雲市		小学生	総医療費の1割を自己負担 上限2,000円	総医療費の1割を自己負担 上限1,000円	中学生	総医療費の1割を自己負担 上限2,000円		
4	91320044 90320045	益田市		小学生	総医療費の1割を自己負担 上限2,000円	総医療費の1割を自己負担 上限1,000円				
5	91320051 90320052	大田市		小学生	無料	無料	中学生	無料		無料
6	91320069 90320060	安来市		小学生	無料	無料	中学生	無料		無料
7	91320077 90320078	江津市		小学生	総医療費の1割を自己負担 上限2,000円	総医療費の1割を自己負担 上限1,000円				
8	91320093 90320094	雲南市		小学生	無料	無料	中学生	無料		無料
9	91320788 90320789	川本町		小学生	無料	無料	中学生～ 18歳到達後 最初の3月31日	無料		無料
10	91320911 90320912	津和野町		小学生	無料	無料	中学生～ 18歳到達後 最初の3月31日	無料		無料
11	91320994 90320995	海士町		小学生	無料	無料	中学生	無料		無料
12	91321000 90321001	西ノ島町		小学生	無料	無料	中学生	無料		無料
13	91321018 90321019	知夫村		小学生	無料	無料	中学生～ 18歳到達後 最初の3月31日	無料		無料
14	91321026 90321027	奥出雲町		小学生	無料	無料	中学生	無料		無料
15	91321034 90321035	飯南町		小学生	無料	無料	中学生	無料		無料
16	91321042 90321043	美郷町		小学生	無料	無料	中学生	無料		無料
17	91321059 90321050	邑南町		小学生	無料	無料	中学生	無料		無料
18	91321067 90321068	吉賀町		小学生	無料	無料	中学生～ 高校生	無料		無料
19	91321075 90321076	隠岐の島町		小学生	無料	無料	中学生	無料		無料

※ 大田市のこども医療については国保分のみ国保連合会へ請求し、社保分の現物給付については別途大田市と手続きが必要。ただし大田市と個別に手続きした機関で福祉併用の場合は社保分も国保連合会へ請求する。

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>)

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3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） 就学後～市町村指定年齢	福祉医療
1	91320010 90320011	松江市	県制度に準じる	無料（小学1年～6年生）	県制度に準じる
2	91320028 90320029	浜田市		無料（小学1年～中学3年生）	
3	91320036 90320037	出雲市		無料（小学1年～6年生）	
4	91320044 90320045	益田市		無料（小学1年～6年生）	
5	91320051 90320052	大田市		無料（小学1年～中学3年生）※1	
6	91320069 90320060	安来市		無料（小学1年～中学3年生）	
7	91320077 90320078	江津市		無料（小学1年～6年生）	
8	91320093 90320094	雲南市		無料（小学1年～中学3年生）	
9	91320788 90320789	川本町		無料 (小学1年～18歳到達後の最初の3月31日)	
10	91320911 90320912	津和野町		無料 (小学1年～18歳到達後の最初の3月31日)	
11	91320994 90320995	海士町		無料（小学1年～中学3年生）	
12	91321000 90321001	西ノ島町		無料（小学1年～中学3年生）	
13	91321018 90321019	知夫村		無料 (小学1年～18歳到達後の最初の3月31日)	
14	91321026 90321027	奥出雲町		無料（小学1年～中学3年生）	
15	91321034 90321035	飯南町		無料（小学1年～中学3年生）	
16	91321042 90321043	美郷町		無料（小学1年～中学3年生）	
17	91321059 90321050	邑南町		無料（小学1年～中学3年生）	
18	91321067 90321068	吉賀町		無料（小学1年～高校3年生）	
19	91321075 90321076	隠岐の島町		無料（小学1年～中学3年生）	

※1 大田市のこども医療は国保分のみ

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>）

巻末

請求に関するQ&A

～請求に関するQ&A～

No.	質問 (Q)	回答 (A)
1	レセプトの提出について、10日が土曜日、日曜日及び祝日の場合は、いつが提出期限となりますか。	提出期限は10日です。なお、10日が土曜日、日曜日及び祝日の場合は、事務所を開館し受付します。
2	レセプトの受付時間は何時までですか。	受付時間は8時30分から17時までです。
3	オンライン請求の送信締め切りは10日の何時ですか。	10日の24時です。
4	開設者変更等の理由により医療機関（薬局）コードが変更となった場合、どのように請求したらよいですか。	医療機関（薬局）コードごとに請求してください。
5	月の途中で被保険者証記号・番号が変更となった場合、どのように請求したらよいですか。	レセプトは1枚にまとめ、変更後の被保険者証記号・番号を記入して請求してください。
6	月の途中で「本人・家族」の区分が変更となった場合、どのように請求したらよいですか。	レセプトは変更前後でそれぞれ作成し、請求してください。
7	月の途中で保険者が変更となった場合、どのように請求したらよいですか。 ①国保及び後期高齢者医療において市町村が変更となった場合 ②国保から社保、または社保から国保へ変更となった場合	①市町村ごとにレセプトを作成し、請求してください。 ②保険者ごとにレセプトを作成し、請求してください。
8	月の途中で保険者が変更となった場合、保険一部負担金の記載はどのようにしたらよいですか。 ①国保で市町村が変更となった場合及び国保と社保の間で変更となった場合 ②後期高齢者医療で市町村が変更となった場合	①被保険者は保険者ごとに自己負担限度額まで負担することとなるため、一部負担金も保険者ごとに計算して記載してください。 ②変更前と変更後の一部負担金を合算して自己負担限度額までとなります。変更後の一部負担金は自己負担限度額から変更前的一部負担金を引いた額で計算して記載してください。また、保険者の変更があった旨を摘要欄に記載してください。

8	③75歳に到達し、国保から後期高齢者医療へ変更となった場合	③後期高齢者医療加入月は、加入前後それぞれの医療保険における自己負担限度額が2分の1となります。
9	月の途中で75歳に到達し、国保から後期高齢者へ変更となった場合、どのように請求したらよいですか。	75歳に到達した日以降のレセプト(後期高齢者医療分)とそれ以前のレセプト(国保分)に分けて請求してください。
10	65歳から75歳未満の間に障害認定を受けてすでに後期高齢者となっている場合、75歳に到達した月はどのように請求したらよいですか。	レセプトは後期高齢者医療分として請求しますが、必ず摘要欄に「障害」と記載してください。 ⇒P.39(レセプト記載事例・留意点⑥)を参照してください。
11	外来レセプトの保険一部負担金はどのような場合に記載したらよいですか。	高額療養費が現物給付された場合のみ記載してください。 ⇒P.31～(レセプト記載事例)を参照してください。
12	レセプト提出後、内容に誤りがあることが判明した場合、どうしたらよいですか。	「診療報酬明細書等取下げ依頼書」に必要事項を記載のうえ、国保連合会へ提出してください。様式は本会ホームページからダウンロードできます。 ⇒P.26(レセプトの取下げについて)を参照してください。
13	傷病名の記載漏れのため減点となったレセプトについて、傷病名を追加し再審査請求を行うことはできますか。	審査結果に不服がある場合は、再審査請求することができますが、レセプトの追記・訂正は認められません。
14	福祉医療と公費 54 を併用する場合の請求方法について教えてください。	P.65～(福祉医療記載事例)の(難病公費併用あり)を参照してください。
15	「資格確認連絡表」(P.22参照)に出力されている被保険者(レセプト)は返戻ということでしょうか。	返戻ではありません。資格情報の確認・訂正に活用していただくために送付しています。
16	70歳以上の方で、限度額認定証を提示されなかった場合、特記事項はどのように記入すればよいでしょうか。	3割負担の方であれば「26区ア」を、2割負担又は1割負担の方であれば「29区エ」を記入してください。

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 0852-21-2107・2114

FAX 0852-21-3550

E-mail sinsa@shimane-kokuho.or.jp

ホームページアドレス <https://www.shimane-kokuho.or.jp>