

# 福祉医療費請求書の 点検業務の概要

## = 目次 =

(1) 福祉医療費助成制度の概要	P 1 ～ 2
(2) こども医療費請求書の記載例	P 3
(3) ひとり親家庭等及び重度障害者（児）医療費明細書の記載例	P 4
(4) 月次業務スケジュール	P 5
(5) 業務内容	
① 仕訳・受付簿記入	P 6
② 点検作業	P 7
③ 入力票綴じ付け	P 8
④ チェックリスト処理	P 9
⑤ エラーリスト処理	P 10
⑥ 再点検	P 11

## (1) 福祉医療費助成制度の概要

---

### 1 こども医療費助成制度（現物給付）

○対象者及び医療費助成に係る自己負担金（市町によって異なる）  
（県基準）

- ・対象者 0歳～高校3年生
- ・医療費助成に係る自己負担金
  - ① 入院 1日500円
  - ② 通院 1回500円（月4回を限度）それ以降は0円
  - ③ 薬局 0円

○給付方式 【現物給付】

- ・受給者は、医療機関窓口で、医療費助成に係る自己負担金を支払う。
- ・医療機関は、患者負担額から医療費助成に係る自己負担金を控除した額（こども医療費）を、『こども医療費請求書』により市町に請求する。（請求書は国保連に提出する）
- ・国保連は、医療機関から提出されたこども医療費請求書を市町ごとに取りまとめ市町に請求し、市町は期日までに国保連に支払う。
- ・国保連は、市町から支払いのあったこども医療費を、医療機関に振り込む。

（例） 患者負担額 3,000円  
医療費助成に係る自己負担金 500円  
こども医療費 2,500円

医療機関は、本来患者から3,000円徴収すべきところ、500円しか徴収していないので、2,500円をこども医療費として請求する。

### 2 ひとり親家庭等医療費助成制度（自動償還給付）

○対象者及び医療費助成に係る自己負担金（市町によって異なる）  
（県基準）

- ・対象者 20歳未満の児童を養育するひとり親家庭等の母子等
- ・医療費助成に係る自己負担金 0円

○訪問看護療養費は、対象外

○給付方式 【自動償還払い】

- ・受給者は、医療機関窓口で患者負担額を支払う。
- ・医療機関は、『ひとり親家庭等医療費明細書』にて、患者から徴収した額等を市

町に報告する。（明細書は国保連に提出する）

- ・国保連は、医療機関から提出されたひとり親家庭等医療費明細書を市町ごと取りまとめ市町に報告する。
- ・市町は、国保連から提供された帳票等を基に、患者負担（窓口徴収）額から医療費助成に係る自己負担金を控除した額を受給者が指定した口座に振り込む。

### 3 重度障害者（児）医療費助成制度（自動償還給付）

○対象者及び医療費助成に係る自己負担金（市町によって異なる）

（県基準）

- ・対象者 身体に障害がある方等
- ・医療費助成に係る自己負担金 1 医療機関当たり 500 円／月（調剤薬局は0円）

○給付方式 【自動償還払い】

- ・受給者は、医療機関窓口で患者負担額を支払う。
- ・医療機関は、『重度障害者（児）医療費明細書』にて、患者から徴収した額等を市町に報告する。（明細書は国保連に提出する）
- ・国保連は、医療機関から提出された重度障害者（児）医療費明細書を市町ごと取りまとめ市町に報告する。
- ・市町は、国保連から提供された帳票等を基に、患者負担（窓口徴収）額から医療費助成に係る自己負担金を控除した額を受給者が指定した口座に振り込む。

（共通）

- ・静岡県外の医療機関に受診した場合は、償還助成の取り扱いになる。  
患者は、患者負担額を窓口で支払い、後日市役所（役場）に領収書等を持参して、医療費助成に係る自己負担金を控除した額を受け取る。
- ・差額ベッド代、オムツ代等医療保険の給付対象とならないものは、助成対象外とする。

（番号）

制 度	略号	負担者番号
こども医療費	83	8322〇〇〇〇
ひとり親家庭等医療費	84	8422〇〇〇〇
重度障害者（児）医療費	85	8522〇〇〇〇

※負担者番号の〇〇〇〇は、市町ごと異なる。

## (2) こども医療費請求書の記載例

④ No. 1										
① 静岡市 長 様	② 公費負担者番号 8 3 2 2 0 0 1 2									
⑤ 医療機関コード 4 1 0 0 2 3 4										
⑥ 保険医療機関の所在地、名称及び開設者氏名 静岡市 葵 区 春日 2-4-34 国保医科大学 国保 一郎										
③ ○○年○月分 こども医療費請求書										
⑧ 下記のとおり請求する。										
⑦ ○○年 △月 ××日										
1 入院	2 通院									
No.	⑨ 受給者番号	⑩ 受給者氏名	⑪ 生年月日 年 月 日	一部負担割合	診療日数 日	保険総点数 点	窓口徴収額 円	⑬ 入院時食事療養費		備考
								基準額 円	標準負担額 円	
1	0012345	静岡 太郎	1 5 0 2 2 3	3	2	3,500	1,000			
2	0098765	シズカ ハナ	1 9 0 8 2 6	2	3	4,500	1,500			
3					⑫ ⑬	⑭	⑮			
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
⑬ 小 計			2 件		5	8,000	2,500			
99 ⑭ 合 計			2 件		5	8,000	2,500			

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| ① 長様                             | 市町名を記入（受給者証を確認）                        |
| ② 公費負担者番号                        | 公費負担者番号を記入（受給者証を確認）                    |
| ③ 年 月分                           | 診療年月を和暦で記入（例 令和5年4月は「5年4月分」と記入）        |
| ④ No.                            | 市町別、診療月別、入院・通院別に1ページから記入               |
| ⑤ 医療機関コード                        | 医療機関コードを記入                             |
| ⑥ 保険医療機関の<br>所在地、名称及び<br>開設者氏名・印 | 医療機関の所在地、名称及び開設者氏名を記入し、押印              |
| ⑦ 年 月 日                          | 提出年月日を和暦で記入                            |
| ⑧ 1 入院 2 通院                      | 入院、通院いずれかの該当番号を○で囲む                    |
| ⑨ 受給者番号                          | 受給者証の番号を記入（受給者証を確認し、0から始まる番号は“0”も記入する） |
| ⑩ 受給者氏名                          | 受給者氏名を漢字又はカタカナで記入                      |
| ⑪ 生年月日                           | 和暦で記入                                  |
| ⑫ 一部負担割合                         | 一部負担割合を記入                              |
| ⑬ 診療日数                           | 診療日数を記入（0日の場合は“0”記入）                   |
| ⑭ 保険総点数                          | 保険総点数を記入                               |
| ⑮ 窓口徴収額                          | 窓口徴収額を記入（0円の場合は“0”記入）                  |
| ⑯ 入院時食事療養費                       | 入院の場合のみ基準額、標準負担額を記入。                   |
- (注) 食事助成有の場合で、患者から標準負担額を徴収しない場合でも、本来患者から徴収すべき額を標準負担額欄に記入。
- |      |   |
|------|---|
| ⑰ 小計 | 1枚ごと記入<br>(件数、日数、保険総点数、窓口徴収額、入院時食事療養費)      |
| ⑱ 合計 | 市町別、診療月別、入院・通院別の最終ページに記入<br>(件数等 “⑰小計” と同じ) |

### (3) ひとり親家庭等及び重度障害者（児）医療費明細書の記載例

① 静岡県 長様

② 公費負担者番号  
84220011

④ No. 1

⑤ 医療機関コード  
4100234

③ 〇〇年〇〇月分 ひとり親家庭等医療費明細書

⑥ 保険医療機関の所在地、名称及び開設者氏名  
静岡県葵区春日 2-4-34 国保医科大学 国保 一郎

⑦ 〇〇年 △月 ××日

⑧ 下記のとおりに報告する。

No.	⑨ 受給者番号	⑩ 受給者氏名	⑪ 生年月日 年 月 日	一部負担割合	診療日数 日	保険総点数 点	窓口徴収額 円	⑬ 入院時食事療養費		備考
								基準額 円	標準負担額 円	
1	12345678	駿河 一郎	070223	3	2	2,000	6,000			
2	01234567	スルカ アオイ	080826	3	3	5,500	16,500			
3				⑫	⑬	⑭	⑮			
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
⑬	小	計	2	件	5	7,500	22,500			
⑭	合	計	2	件	5	7,500	22,500			

注) 1.「一部負担割合」欄には、一部負担が1割の場合は「1」、2割の場合は「2」、3割の場合は「3」を記入してください。  
2.「窓口徴収額」欄には、受給者が窓口で支払った保険診療に係る自己負担額を記入してください。  
3.入院時食事療養費標準負担額については、別欄(右から2列目の欄)に記入してください。  
4.更生医療等公費負担があり、所得に応じた自己負担上限額のみ窓口で徴収する場合には、当該自己負担額を「窓口徴収額」欄に記入してください。  
5.訪問看護ステーションの場合は、「保険総点数」欄には訪問看護基本療養費の金額を円単位で記入して下さい。

- ① 長様 市町名を記入（受給者証を確認）
- ② 公費負担者番号 公費負担者番号を記入（受給者証を確認）
- ③ 年 月分 診療年月を和暦で記入（例 令和5年4月は「5年4月分」と記入）
- ④ No. 市町別、診療月別、入院・通院別に1ページから記入
- ⑤ 医療機関コード 医療機関コードを記入
- ⑥ 保険医療機関の所在地、名称及び開設者氏名・印 医療機関の所在地、名称及び開設者氏名を記入し、押印
- ⑦ 年 月 日 提出年月日を和暦で記入
- ⑧ 1 入院 2 通院 入院、通院いずれかの該当番号を○で囲む
- ⑨ 受給者番号 受給者証の番号を記入（受給者証を確認し、0から始まる番号は“0”も記入する）
- ⑩ 受給者氏名 受給者氏名を漢字又はカタカナで記入
- ⑪ 生年月日 和暦で記入
- ⑫ 一部負担割合 一部負担割合を記入
- ⑬ 診療日数 診療日数を記入（0日の場合は“0”記入）
- ⑭ 保険総点数 保険総点数を記入
- ⑮ 窓口徴収額 窓口徴収額を記入
- ⑯ 入院時食事療養費 入院の場合のみ基準額、標準負担額を記入
- ⑰ 小計 1枚ごとに記入  
(件数、日数、保険総点数、窓口徴収額、入院時食事療養費)
- ⑱ 合計 市町別、診療月別、入院・通院別の最終ページに記入  
(件数等 “⑰小計” と同じ)

#### (4) 月次業務スケジュール

X月1日	
～	
Y月1日	
～	
10日	【レセプト受付】 X月分 診療報酬等明細書(レセプト) 提出期限
11日	【前半】 各制度請求書・明細書の受付、仕訳、事務点検
12日	
13日	
14日	
15日	X月分 各制度請求書・明細書 提出期限
16日	
17日	
18日	
19日	【送達】 17:00 各制度請求書・明細書 送達
20日	
21日	
22日	
23日	【納品】 8:45 各制度請求書・明細書及びデータ 納品
24日	【後半】 チェックリスト、エラーリスト処理、 各制度請求書・明細書の再点検
25日	
26日	
27日	
28日	
29日	
30日	
Z月1日	
2日	
3日	X月分 処理確定
4日	
5日	X月分 各制度請求書・明細書及び関係帳票を市町へ発送
～	

## (5) 業務内容

### ① 仕訳・受付簿記入

- ・医療機関等から提出があった、こども医療費請求書・ひとり親家庭等医療費明細書・重度障害者（児）医療費明細書を仕訳して、「福祉医療費助成制度作業チェック表」を付ける。
- ・なお、83 医科・85 医科については、併せて受付簿に医療機関ごとの受付件数を記入する。

（参考）福祉医療費助成制度作業チェック表 — 医科 — こども医療費

医 科	83 こども
福祉医療費助成制度作業チェック表	
地区コード _____	公費負担者番号（ _____ ）


  

項 目	レ点	記載内容の点検	レ点
制 度 の 確 認		・ 市町名・公費負担者番号	
		・ 診療年月（赤丸囲み）・入外区分	
		・ 受給者番号	
		・ 窓口徴収額	
医 療（調剤）機 関 コード 順		・ 診療日数・空欄	
		・ 生年月日／負担割合	
小計・合計件数 確認後レ点		・ 備考欄	
		・	
		・	
		・	
受 付 簿 の 記 入		・	
		・	
		・	

## ② 点検作業

- ・ こども医療費請求書・ひとり親家庭等医療費明細書・重度障害者（児）医療費明細書の記載内容等について点検を行う。

### 【点検項目例】

- ・ 点数表、制度の混入がないか確認する。
- ・ 月遅れ分は、診療年月に赤丸  を付す。
- ・ 請求書(明細書)にポストイットを貼付し担当パートへ報告する。
  - 当月分がなく月遅れ分のみの場合  
(受付簿を確認し傾向的に月遅れ請求の医療機関は除外)
  - 請求書(明細書)に返戻分や再請求のコメントがある場合  
(医療機関コードの周辺に記載がある場合が多数)
  - 当月分で医療機関所在地の公費負担者番号の請求書がない場合  
(例 所在地：静岡市、受給者番号：静岡市分の請求書がない)
- ・ 各項目への記載漏れ、記載誤りがないか確認する。
- ・ 『過誤分』が混入していないか確認する。
  - ※ 『過誤分』・・・84・85 について既に提出している書類について誤りがあつた場合に医療機関から提出されるもの
- ・ 件数等の集計等 明細書枚数が不足していないか
- ・ 受給者番号の桁数 『市町別一覧表』と不一致なものがないか
- ・ 窓口徴収額 83 『市町別一覧表』参照
- ・ 窓口徴収額 84・85 で0円のものがないか
- ・ 備考欄のコメントの記載内容が不明のもの
- ・ その他、電算（パンチ）入力、市町発送に支障がないか確認する。

※ 助成内容の変更があつた月は、特に注意する。



### ③ 入力票綴じ付け

・電算入力（パンチ）業者に送達するための準備をする。

・請求書・明細書を次のとおりに並び替える。

- ① 点数表（医科・歯科・調剤）ごと
- ② 制度別（83・84・85）ごと
- ③ 公費負担者番号（市町番号）別に
- ④ 医療機関コード順に並べる。

なお、入院がある場合は、入院→通院の順

月遅れがある場合は、当月N月→月遅れN-1月→N-2月

・公費負担者番号ごとに、1,000件を目安として入力票を付ける。

・1機関で簿冊が分かれないように注意する。

・入力票記載項目について、記載誤りがないように注意する。

（参考）こども医療費入力票（医科）

<div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="font-size: 20px; margin: 0 5px;">-</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div> <div style="clear: both;"></div> <div style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">             年      月分      こども医療入力票           </div>			
<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; display: inline-block; font-weight: bold; font-size: 1.1em;">医科</div>			
カードNo	バッチ番号	公費負担者番号	簿冊 (点数表)
8 0		8 3   2 2 0	1
			担当者

件      数

\* 点数表の記入(簿冊欄 1桁目)

医 科	..... 1
歯 科	..... 3
調 剤	..... 4
訪 問	..... 6
柔 整	..... 6

・公費負担者毎に入力

検      孔		穿      孔	

4回めくり	3回めくり	2回めくり	1回めくり

入力票の色：83 こども→うぐいす色   84 ひとり親→空色   85 重度→サーモン色

#### ④ チェックリスト

- ・入力した請求書（こども）及び明細書（ひとり親・重度）が、正しくパンチされているかを確認するリスト

##### 【チェック項目】

- 「入力票」⇒ バッチ番号、公費負担者番号（市町番号）、簿冊（点数表）
- 「請求書・明細書」⇒ ・医療機関コード、診療年月、入外区分  
（「99 合計」については、増減がある場合のみチェック）

##### 【事務処理事項】

- ・チェック項目を確認し、グリーンのボールペンでチェックリストの「市町村番号欄」「医療機関コード」の数値等を ✓ する。市町番号及び診療年月の月遅れ分は ✓ ではなく、○ とする。
- ・なお、相違がある場合は、チェックリストの増減（差）欄に相違分の数字が出る。パンチミス、医療機関の計算誤り（合計欄）等が考えられるのため、集計又はハッシュリスト等で確認する。  
⇒ ・医療機関の計算誤り（合計欄）は、請求書・明細書の合計欄の数値を修正する。後で職員が確認するので、チェックリストに差が生じた理由等を明記するとともに、該当の請求書・明細書を『下折り』する。
- ・パンチミス及びパンチ漏れの場合は、パート職員に報告する。  
（エラー修正、累積データ修正又は追加入力にて処理を行う。）

#### （参考）チェックリスト

処理単位		1		バッチ番号		110		こども 医療費請求書 チェックリスト																			
市町村番号		請求書(合計)										増減(差)						請求書(入力)									
点数表	簿冊	入外	件数	日数	点数	窓口徴収額	食事療養費		薬剤負担金	件数	日数	点数	窓口徴収額	食事療養費		薬剤負担金	件数	日数	点数	窓口徴収額	食事療養費		薬剤負担金				
							基準額	標準負担額						基準額	標準負担額						基準額	標準負担額					
83220020			0007110465		2609<																						
①	1	09	入	105	518	3,389,314	259,000	657,420	260,780								105	518	3,389,314	259,000	657,420	260,780					
			0007110465		2608																						
②	1	09	入	5	47	393,287	23,500	32,350	13,000								5	47	393,287	23,500	32,350	13,000					
			0007110465		2609																						
③	1	09	外	949	1,235	1,135,398	537,670										949	1,235	1,135,398	537,670							
			0007110473		2609																						
④	1	10	外	467	477	635,061	239,000										467	477	635,061	239,000							

## ⑤ エラーリスト

- ・システムチェックによりエラー抽出されたものを確認するリスト
- ・エラー抽出条件及び処理例は別冊の「エラーメッセージ」参照
- ・必要なものは、医療機関に TEL 照会し、修正コード、修正内容をミドリで記入する。医療機関照会日等必要事項を、摘要欄に記入する。
- ・修正、削除の場合、請求書・明細書もミドリで加筆修正し、余白にエンピツで 7/1 Tel 済 等のコメントを記入する。
- ・エラー抽出された請求書、明細書を『上折り』する。  
⇒ 保険者支援課職員にて再度見直しを行う。
- ・下段（余白）に修正コードごとの件数をエンピツで記入する。

### （参考）エラーリスト

カードNo. 80		カードNo. 101		こども 医療エラーリスト															1 / 45 頁	
4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
パスポート 番号	パスポート 種類	パスポート 有効期限	パスポート 発行国	パスポート 有効期限	パスポート 有効期限	パスポート 有効期限	パスポート 有効期限	パスポート 有効期限	パスポート 有効期限	パスポート 有効期限	パスポート 有効期限	パスポート 有効期限	パスポート 有効期限	パスポート 有効期限	パスポート 有効期限	パスポート 有効期限	パスポート 有効期限	パスポート 有効期限	パスポート 有効期限	パスポート 有効期限
101	100060	83220012																		
101	0051	83220012																		
101	100063	83220012																		
101	0001	83220012																		
101	100119	83220012																		
102	0055	83220012																		
101	100151	83220012																		
104	0004	83220012																		
101	100159	83220012																		
105	0052	83220012																		
101	100159	83220012																		
105	0093	83220012																		
101	100151	83220012																		
105	0224	83220012																		

### ＝ 電話照会時の留意事項 ＝

- （１）国保連合会の一員として医療機関等に照会するため、言葉遣いには充分注意を払う。
- （２）医療機関等の担当者が不在の場合は、保険者支援課の電話番号（０５４－２５３－５５９５）と自分の名前を伝え、掛け直してもらう。
- （３）請求書等の不備を加筆修正する場合は、電話口で再度確認する。
- （４）制度、医療内容に関わる質問は、職員が対応する。

### <参考>

過去に確定済みの「こども医療」の修正 → 取消依頼書を提出

// 「ひとり親・重度医療」の修正 → 過誤の明細書を提出

## ⑥ 再点検

- 市町に発送する前に最終確認を行う。

### 【点検項目例】

- 公費負担者番号（市町番号）の誤り、混入はないか
- 医療機関コード順になっているか
- 市町に送付して支障がないか