

国保連合会だより



NO. 28-1
平成28年4月18日
静岡県国民健康保険団体連合会
〒420-8558
静岡市葵区春日2丁目4番34号
TEL (054) 253-5581
<http://www.shizukokuhoren.or.jp/>

◎ 精神病床に長期入院する患者の食事療養標準負担額に関する経過措置に係る事務の取扱い

平成28年3月16日付け国保だよりNo.27-8において「入院時食事療養費等の見直し」についてお知らせしましたが、経過措置の対象者であることが確認できるよう、診療報酬明細書の請求の際には、以下の取り扱いについて御留意下さい。

- 1 診療報酬明細書の「摘要」欄に、「標準負担額経過措置(精神)入院年月日：平成 年 月 日」の記載が請求省令(記載要領)にて定められています。

*入院年月日については、当該者が、平成28年3月31日において継続して1年以上精神病床に入院していたことが確認できるよう、精神病床に入院した当初の入院年月日の記載をお願いします。(平成27年4月1日以前の日付となる)

*データ請求機関については、コメントコード840000136(標準負担額経過措置(精神)入院年月日：平成 年 月 日)にてデータ作成をお願いします。
これにより、食事療養標準負担額(精神1年超)(一般)と上記コメントコードの整合性チェックが行われます。

- 2 転院元の医療機関においては、転院先の医療機関に対して当該転院患者が経過措置の対象者であること及び転院元の医療機関を退院した日と同日内に転院したことが確認できる管理表(別添)の作成をお願いします。

*管理表の作成は必須ではないが、転院元の医療機関においては、転院先の医療機関に対して、「転院患者が経過措置の対象者である旨」、「退院日」及び「当該者に適用されている食事療養標準負担額」について適切な方法で連絡するよう連携を図るため。

☆厚労省通知 平成28年2月19日付け 保保発0219第1号・保国発0219第1号・保高発0219第1号及び保医発0325第6号より

◎ 診療報酬明細書の「特記事項」欄に「第三」を記載

患者の疾病又は負傷が、交通事故等第三者の不法行為によって生じたと認められる場合は、患者に市役所（町役場）又は国保組合へ届出をするよう伝えていただき、診療報酬明細書の「特記事項」欄に「第三」あるいは「交」を記載してください。

勤務中の怪我や交通事故以外の相手の行為（喧嘩、犬咬まれ等）により負傷した場合も市役所（町役場）又は国保組合へ届出をするようお伝え願います。

～ 診療報酬請求書・明細書の記載要領 ～

診療報酬明細書の「特記事項」欄に係る第三者行為に関する事項

コード	略号	内 容
10	第三	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

※ 電算処理レセプトについてはコードと略号を記載することとなっております。

※ 従来の「交」の記載でも差し支えありません。



交通事故等第三者の不法行為によって生じた疾病又は負傷の治療が終了した後、第三者の不法行為以外の原因により治療が行われた場合は、特記事項欄に「第三」あるいは「交」の記載はしないでください。

◎ こども医療費助成制度

平成28年4月1日 から東伊豆町こども医療費助成制度の助成内容が次のとおり変更されました。

東伊豆町 （83220228）

区 分	変 更 前	変 更 後
対象年齢	中学3年生まで	中学3年生まで（変更なし）
自己負担金	入院：未就学児なし 小・中学生 500円／日 通院：未就学児なし 小・中学生 500円／毎回	入院：なし 通院：なし
受給者証の色	未就学児 ピンク色 小・中学生 水色	緑色

御不明な点は、東伊豆町役場 住民福祉課 子育て支援係（TEL：0557-95-6204）までお問い合わせください。

こども医療費助成は、市町により対象年齢や自己負担金が異なります。

窓口での受給者証の確認をお願いします。

◎本会の電話番号等の変更について

平成28年4月から、求償係を本会総務部事業課から業務部保険者支援室に移管したことに伴い、次の部署の電話番号及びFAX番号が変更となりました。

担当部署	区分	変更前	変更後
総務部 事業課			
特定健診・保健指導係 保健事業係 事業振興係	電話	054-253-5534	054-253-5576
	FAX	054-253-5507	変更なし
業務部 保険者支援室			
第一係 第二係	電話	054-253-5595	変更なし
	FAX	054-253-5542	変更なし
求償係	電話	054-253-5534	変更なし
	FAX	054-253-5507	054-253-5542

管理表

(別添)

当初作成日: 年 月 日

受診者	氏名		男・女
	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日生

保険者番号
被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号				

保 現 在 入 院 医 院 療 し て 機 関 の	名称		印	担当課	
	所在地			連絡先	
	病床の種別		事 由	・食事療養標準負担額の経過措置対象者 ・所得区分: 一般 ・食事療養標準負担額: 1食につき260円	
	入院日	平成 年 月 日			
	退院日	平成 年 月 日			

引き継ぎ日: 平成 年 月 日

保 転 院 医 院 療 先 機 関 の	名称		印	担当課	
	所在地			連絡先	
	病床の種別		備 考		
	入院日	平成 年 月 日			

<注意事項>

- この管理表は平成28年4月1日以降に転院又は病床の移動がある場合に作成すること。
ただし、平成28年3月31日において入院していた保険医療機関に平成28年4月1日以降も引き続き入院する間については、当該管理表の作成は不要である。
- 経過措置の対象者が転院する場合には、転院元の保険医療機関においてこの管理表を作成の上、転院先の保険医療機関に送付すること。当該転院先の保険医療機関においては、当該管理表を確認の上、管理すること。
- 転院元の保険医療機関は、「事由」欄において、経過措置の対象者である旨、所得区分及び当該者に適用されている食事療養標準負担額を記載すること。
- 経過措置の対象となるには、現在入院している保険医療機関の退院日と、転院先の保険医療機関の入院日が同一日であること。
- 同一の保険医療機関内における病床の移動の場合についても、この管理表を作成することが望ましい。
なお、保険医療機関の名称、所在地、担当課及び連絡先については「同上」と記載して差し支えない。