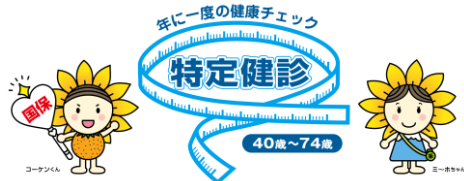


国保連合会だより



NO. 28-3
平成28年 8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/>

福祉医療費（子ども・母子・重度）の請求取消方法等について

福祉医療費（子ども・母子・重度）の請求取消方法等について、多くのお問い合わせをいただいておりますので、取扱いについてお知らせいたします。

◎子ども医療費請求書の請求取消方法

提出済みの『子ども医療費』を取り消す場合は、「請求取消依頼書」を使用し、必要事項をご記入のうえ、本会あて送付願います。

本会にて『子ども医療費』の過誤調整（金額調整）を行い、「子ども医療費過誤内訳書」と「子ども医療費請求書の写し」を送付いたしますので、内容をご確認のうえ、再請求が必要な受給者分のみ「子ども医療費請求書」を新たに作成し、月遅れ請求として本会に提出してください。

なお、「子ども医療費過誤内訳書」は「診療報酬振込通知書」に同封して送付いたします。

◎母子家庭等及び重度障害者（児）医療費明細書の取消及び修正方法

母子家庭等及び重度障害者（児）医療費明細書を提出した後に誤りがあることが分かり、明細書の取り消しまたは修正を行いたい場合は、「過誤分」の明細書を作成し、本会に提出してください。

「過誤分」の明細書の作成方法は、次ページのとおりです。

なお、母子家庭等及び重度障害者（児）医療費明細書は「請求取消依頼書」では、取り消しできませんのでご注意ください。

こちらの取扱いについては、本会ホームページにも掲載しておりますので、ご活用ください。

ホームページ > 保険医療機関等 > 子ども医療費請求の取扱い

ホームページ > 保険医療機関等 > 母子・重度報告の取扱い

問い合わせ先	保険者支援室
電 話	054-253-5595

「過誤分」の母子家庭等及び重度障害者（児）医療費明細書の作成方法

様式 1

長 様

公費負担者番号
8 5 2 2 × × × × × ×

母子家庭等医療費も同様です

医療機関コード
△△△医院

保険医療機関の所在地、名称及び開設者氏名

27 年 10 月分 重度障害者（児）医療費明細書

内容の全部を取消する場合

下記のとおりに報告する。 27 年 11 月 日

No.	入院 2 通院	受給者番号	受給者氏名	生年月日			一部負担割合	診療日数	保険総点数	窓口徴収額	入院時食事療養費		備考
				年	月	日					基準額	標準負担額	
1		24600	国保 花子	4	2	2	1	3	1	2,000	6,000		過誤分
2													
3													
4	=取消する場合= 赤字で二重取消線を引き、備考欄に赤字で「過誤分」と記載する。												
5	○ 提出済みの明細書の控えがある場合・再度印刷できる場合 取消対象分のみを赤字で二重取消線を引き、備考欄に赤字で過誤分と記載してください。 ※ 取消対象分が載っているページのみ提出してください。 ※ 小計及び合計の修正は不要です。												
6	○ 提出済みの明細書の控えがない場合 白紙の医療費明細書に報告済の取消対象分の内容を黒字で記入し、赤字で二重取消線を 引き、備考欄に赤字で過誤分と記載してください。												
7													
8													
9													
10													
		小 計								2,000	6,000		
99		合 計					1 件			2,000	6,000		

赤字で記入

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。

様式 2

長 様

公費負担者番号
8 5 2 2 × × × × × ×

母子家庭等医療費も同様です

医療機関コード
△△△医院

保険医療機関の所在地、名称及び開設者氏名

27 年 10 月分 重度障害者（児）医療費明細書

内容の一部を修正報告する場合

下記のとおりに報告する。 27 年 11 月 日

No.	入院 2 通院	受給者番号	受給者氏名	生年月日			一部負担割合	診療日数	保険総点数	窓口徴収額	入院時食事療養費		備考	
				年	月	日					基準額	標準負担額		
1		1234567	国保 太郎	2	2	1	2	2	1	3	2	2,000	6,000	過誤分
2														
3	=修正する場合= 修正箇所に赤字で二重取消線を引き、正しい点数等を赤字で記載し、備考欄に赤字で「過誤分」と記載する。『黒字のもの(提出済の明細)から、赤字に修正』													
4	○ 提出済みの明細書の控えがある場合・再度印刷できる場合 修正箇所を赤字で二重取消線を引き、正しい点数等を赤字で記載し備考欄に赤字で過誤分と記載してください。 ※ 取消対象分が載っているページのみ提出してください。 ※ 小計及び合計の修正は不要です。													
5	○ 提出済みの明細書の控えがない場合 白紙の医療費明細書に提出済の内容を黒字で記入し、修正箇所を赤字で二重取消線を 引き、正しい点数等を赤字で記載し、備考欄に赤字で過誤分と記載してください。													
6														
7														
8														
9														
10														
		小 計								2,000	6,000			
99		合 計								2,000	6,000			

赤字で記入

☆☆公費負担者番号の修正はできません。☆☆
公費負担者番号を間違えた場合には、間違えた公費負担者番号の過誤分の医療費明細書と正しい公費負担者番号の月遅れ分の医療費明細書を提出してください。

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。