

国保連合会だより



NO. 30-2
 平成30年 6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/>

1 重度障害者（児）医療費助成制度の改正について

湖西市重度障害者（児）医療費助成制度が次のとおり改正されます。

湖西市 （85220218）

(1) 平成30年7月1日施行

■ 医療費助成額（湖西市から受給者へ自動償還）の改正

改正内容	改正前	⇒	改正後
入院時食事	全て助成		助成なし『県基準』
自己負担金	全て助成		1か月1医療機関毎に自己負担500円を控除した額（薬局は除く）を助成『県基準』

【注意】医療機関の窓口支払（徴収）額に変更はございません。

(2) 平成30年10月1日施行

■ 給付制限基準等の改正

改正内容	改正前	⇒	改正後
所得制限	なし		あり『県基準』
65歳以上 新規対象者 入院分医療費	全て助成		市民税課税世帯は 入院分医療費助成対象外 『一部県基準 ※』

年に1度の所得調査により見直しを行う。（毎年10月更新）

※ 改正前から継続入院している者は、当該入院期間は助成対象となる。

【注意】医療機関の窓口支払（徴収）額に変更はございません。

ご不明な点は、湖西市役所 地域福祉課障害福祉係（TEL：053-576-4532）までお問い合わせください。

2 福祉医療費（こども・母子・重度）の請求取消方法等について

福祉医療費（こども・母子・重度）の請求取消方法等について、電話による照会が多く寄せられていますので、取扱いについてご案内いたします。

① こども医療費請求書の請求取消方法

こども医療費請求書を提出した後に誤りがあることが分かり、請求書の修正または取消しを行いたい場合は、「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。

その上で、本会にて『こども医療費』の過誤調整（こども医療費の取消し）を行い、「こども医療費過誤内訳書」と「こども医療費請求書の写し」を送付いたしますので、内容をご確認いただき、再請求が必要なもののみ「こども医療費請求書」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、「こ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。

② 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、明細書の取消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。

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、取消できませんのでご注意ください。

「過誤分」の明細書の作成方法は、次ページのとおりです。

※本取扱い及び様式等については、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・薬局等の皆様へ

> 医療費助成の取扱い（こども・母子・重度）> 医科、歯科、調剤、訪問看護

問い合わせ先	保険者支援課
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 2

No. _____

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

29 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

下記のとおり報告する。 29 年 11 月 10 日

No.	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	24690	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、赤字で二重線取消を 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		

様式 2

No. _____

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

29 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

下記のとおり報告する。 29 年 11 月 10 日

No.	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	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 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してください。 ※ 修正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 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してください。											
6												
7												
8												
9												
10												
										3,000		
										0,000		

☆☆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。