

国保連合会だより



NO. 30-4
平成30年 8月16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
<https://www.shizukokuhoren.or.jp/>

1 静岡県単独特定疾患治療研究事業の取扱いの変更について

平成30年10月診療分(11月請求分)から静岡県が実施する県単独特定疾患治療研究事業の取扱いが変更になります。

- ・ 公費負担者番号の変更
51226025 から 86226024 に変更となります。
- ・ 対象者
県が指定した対象疾患に罹患しており、各疾患の診断基準を満たしている方
- ・ 対象疾患
橋本病
突発性難聴
- ・ 助成内容等
受給者番号、負担上限月額等助成内容に変更ありません。

2 「診療報酬明細書記載要領の変更に伴うレセプト電算処理システム用コードの入力について」

平成30年4月の保医発0326第5号平成30年3月26日付「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正により以下のとおり、記載要領の変更がありましたので、その取扱いに御留意願います。

また、9月診療分以前については、コードによるレセプト表示文言のとおり記載する必要はありませんが、その旨がわかる記載又は当該診療行為に係る記載事項であることがわかる記載をお願いします。

- ・ 電子レセプトによる請求の場合、診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等が、平成30年10月診療分以降、レセプト電算処理システム用コードがあるものについては該当するコードでの入力となります。

3 「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について

平成30年8月からの高額療養費制度の見直し等に伴い、「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正が行われました。

レセプト作成の際は、記載要領等の改正内容を御確認くださいようお願いいたします。

4 高額療養費算定基準額の改正及び限度額適用認定証の交付について

70歳以上の方の高額療養費の算定基準額が、平成30年8月から下記のとおり改正され、「現役並みⅡ」および「現役並みⅠ」の方には、所得区分確認の為、新たに『限度額適用認定証』の交付が始まりました。

1 高額療養費 算定基準額 (平成30年8月診療から)

所得区分	負担割合	外来+入院 (世帯単位)	
		外来のみ (個人単位)	
現役並みⅢ (課税所得 690万円以上)	3割	252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1% <140,100円> ※1	
現役並みⅡ (課税所得 380万円以上)		167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1% <93,000円> ※1	
現役並みⅠ (課税所得 145万円以上)		80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% <44,400円> ※1	
一般	1割 2割	18,000円 (年間上限額 144,000円) ※2	57,600円 <44,400円> ※1
低所得者Ⅱ		8,000円	24,600円
低所得者Ⅰ		8,000円	15,000円

※1 高額療養費多数回該当の場合の算定基準額

※2 8月1日から翌年7月31日までの1年間の上限額

2 変更箇所

(1) 高額療養費

- ① 現役並み所得区分の外来特例が廃止される。
- ② 現役並み所得区分が、「現役並みⅢ」「現役並みⅡ」「現役並みⅠ」の3区分に細分化され、算定基準額が表のとおり、それぞれ規定される。
- ③ 一般区分の外来特例に係る算定基準額が、18,000円に引き上げられる。

(2) 限度額適用認定証

新設された「現役並みⅡ」及び「現役並みⅠ」に該当する方(表太枠内)には、**被保険者の申請により保険者から『限度額適用認定証』が交付されます。**

『限度額適用認定証』にて所得区分が確認できる場合には、それぞれの所得区分による算定基準額にて現物給付していただきます。

「現役並みⅡ」及び「現役並みⅠ」に該当する方でも『限度額適用認定証』をお持ちでない場合は、「現役並みⅢ」の算定基準額にて現物給付をしていただくようになります。

平成30年8月以降の診療分については、レセプトの特記事項欄の記載が次のように変更されます。

現行(平成29年8月～平成30年7月診療分まで)			平成30年8月以降診療分		
特記	所得区分(70歳以上)		特記	所得区分(70歳未満)	所得区分(70歳以上)
17	上位	現役並み所得	26	区ア 区分ア	現役並みⅢ
18	一般	一般	27	区イ 区分イ	現役並みⅡ
19	低所	低所得Ⅱ I	28	区ウ 区分ウ	現役並みⅠ
22	多上	現役並み所得/多数回	29	区エ 区分エ	一般
34	多工	一般/多数回	30	区オ 区分オ	低所得Ⅱ I
			31	多ア 区分ア/多数回	現役並みⅢ/多数回
			32	多イ 区分イ/多数回	現役並みⅡ/多数回
			33	多ウ 区分ウ/多数回	現役並みⅠ/多数回
			34	多エ 区分エ/多数回	一般/多数回
			35	多才 区分オ/多数回	-

※22及び34は、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合に記載

※17～22は削除

※31～35は、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合に記載

※現役並みⅠⅡは限度額適用認定証が発行されます。

5 「浜松市重度心身障害者（児）医療費・母子家庭等医療費助成制度」の取扱方法が平成30年10月診療分（11月請求分）から、医療の現物給付・併用レセプト化に変更されます。

なお、現物給付等の内容については、下記のとおりです。

◎浜松市所在医療機関等

対 象 者	浜松市が交付した受給者証の所持者	浜松市以外の県内市町が交付した受給者証の所持者
助 成 方 法	現物給付方式（平成30年9月診療分までは自動償還払）	自動償還払
医療機関等自己負担金（窓口徴収額）	【変更】 ・浜松市重度心身(児)障害者医療費助成(85220028) 通院 1医療機関あたり 500円/月 入院 1医療機関あたり 500円/日 （最大10日・上限5,000円） （同一医療機関に、入院と通院があった場合 最大5,500円） 入院時食事療養費は対象外 調剤 自己負担なし(0円)	【変更なし】 医療保険の一部負担金を窓口で徴収
	【変更】 ・浜松市母子家庭等医療費助成(84220029) 1医療機関あたり 500円/月 （同一医療機関に入院と通院があった場合、両方で500円） 入院時食事療養費は対象外 調剤 自己負担なし(0円) 訪問看護ステーションは対象外	【変更なし】 医療保険の一部負担金を窓口で徴収
請 求 方 法	【変更】 公費併用レセプトとして、公費負担者番号・受給者番号を記載し請求してください。 なお、レセプトの記載方法は、次回「国保連合会だより」に掲載する予定です。 保険診療の一部負担金と窓口自己負担額の差額を審査支払機関から保険医療機関等に支払います。	【変更なし】 医療費明細書にて提出
請 求 先	【変更】 ・被用者保険分…社会保険診療報酬支払基金静岡支部 ・国保分・後期高齢者分…静岡県国民健康保険団体連合会	【変更なし】 静岡県国民健康保険団体連合会
そ の 他	・国民健康保険では、重度（母子）医療費助成事業の負担限度額は、所得区分ごとの負担限度額になります。 ・被用者保険とは取扱いが異なりますので、御注意願います。	

重度・母子併用レセプトで請求するレセプトの記載要領
(本会HP(ホームページ)へも掲載いたします)

重度(母子)併用レセプトの記載要領

(二者併用の場合)

○診療報酬明細書(医科)

種別	医科	1国	2併	1本入
----	----	----	----	-----

—	—	—	—
公費①	① 85(84)	公受①	② 7*****
公費②		公受②	

保険者番号	2 2 5 * * *
-------	-------------

診療実日数	保険	10 日
	公費①	10 日
	公費②	日

特記事項
③

◎入院の様式にて作成していますが、療養の給付欄への記載は外来も同様です。

- ① 重度(母子)医療費助成金受給者証の公費負担者番号を記載する。
- ② 重度(母子)医療費助成金受給者証の受給者番号のうち、重度(85)は頭2桁の番号を除いた「7」から始まる7桁の番号を記載し、母子(84)は7桁の番号を記載する。
- ③ 限度額適用認定証等の適用区分(所得区分)を記載する。
- ④ 保険請求点数を記載する。
- ⑤ 保険点数と同じ点数を記載する。ただし、母子(84)の場合で、保険実日数と公費①日数が異なる場合は、対象点数を記載する。
- ⑥ 負担金額、一部負担金額及び公費負担金額(カッコ書き)は、通常どおり記載要領に準じた記載が必要となります。
ただし、重度(85)・母子(84)に対する(カッコ書き)は、保険単独で発生した患者の自己負担額を記載する。
また、自己負担額がない場合は、(カッコ書き)に「0」を記載する。※注
- ⑦ 公費①の患者負担額を記載する。(1日 500円 最大10日・上限 5,000円)
ただし、患者負担額が500円に満たないときは、1円単位までの負担額を記載する。
- ⑧ 食事療養費について重度(85)・母子(84)は、給付対象外のため、回数・請求・標準負担額は全て「0」と記載する。

※ 浜松市(国保・後期)及び静岡市食品国保組合(223016)、静岡県医師国保組合(223024)、静岡県薬剤師国保組合(223032)、静岡県歯科医師国保組合(223040)、静岡県建設産業国保組合(223057)、全国土木建築(133033)、中央建設(133264)、全国建設工事業(133298)、左官タイル塗装業(133231)の浜松市の受給者が対象です。

※ 国公費や県単独特定治療研究費の給付がある場合は、それらが優先する。

※ 国公費を優先することで、重度(85)・母子(84)医療費助成の請求額が0円となる場合は、重度(85)・母子(84)医療費助成の対象外となるので記載は不要となります。

※ 月途中の保険変更等により自己負担分が生じない場合は、0円を記載する。

※ 後期も同様の記載方法となります。

※注 支払基金と記載方法が異なりますので、ご注意願います。

療養の給付	保険	請求点数	決定点数	負担金額	食事・生活療養	保険	回数	請求	標準負担額
		④		⑥					
	公費①	⑤		⑦		公費①	⑧ 0	0	0
	公費②				公費②				

重度（母子）併用レセプトの記載要領

（三者併用の場合）

○診療報酬明細書（医科）

種別	医科	1国	3併	1本入
----	----	----	----	-----

—		—	
公負①	①	公受①	②
公負②	③ 85(84)	公受②	④ 7*****

保険者番号	2 2 5 * * *
-------	-------------

特記事項
⑤

診療実日数	保険	10 日
	公費①	10 日
	公費②	10 日

- ① 公費負担医療受給者証の公費負担者番号を記載する。
- ② 公費負担医療受給者証の受給者番号を記載する。
- ③ 重度（母子）医療費助成金受給者証の公費負担者番号を記載する。
- ④ 重度（母子）医療費助成金受給者証の受給者番号のうち、重度（85）は頭2桁の番号を除いた「7」から始まる7桁の番号を記載し、母子（84）は7桁の番号を記載する。
- ⑤ 限度額適用認定証等の適用区分（所得区分）を記載する。
- ⑥ 保険請求点数を記載する。
- ⑦ 公費負担医療が負担する点数を記載する。
- ⑧ 保険点数と同じ点数を記載する。ただし、母子（84）の場合で、保険実日数と公費②日数が異なる場合は、対象点数を記載する。
- ⑨ 負担金額、一部負担金額及び公費負担金額（カッコ書き）は、通常どおり記載要領に準じた記載が必要となります。
ただし、重度（85）・母子（84）に対する（カッコ書き）は、保険単独で発生した患者の自己負担額を記載する。
また、自己負担額がない場合は、（カッコ書き）に「0」を記載する。※注
- ⑩ 公費①の患者負担額を記載する。
ここに記載の公費①患者負担額を公費②が負担する。
ただし、記載要領が異なる公費10（結核）は除く。
- ⑪ 公費②の患者負担額を記載する。（1日 500円 最大10日・上限 5,000円）
ただし、患者負担額が500円に満たないときは、1円単位までの負担額を記載する。
- ⑫ 食事療養費について重度（85）・母子（84）は、給付対象外のため、回数・請求・標準負担額は全て「0」と記載する。

※ 浜松市（国保・後期）及び静岡市食品国保組合（223016）、静岡県医師国保組合（223024）、静岡県薬剤師国保組合（223032）、静岡県歯科医師国保組合（223040）、静岡県建設産業国保組合（223057）、全国土木建築（133033）、中央建設（133264）、全国建設工事業（133298）、左官・タイル塗装業（133231）の浜松市の受給者が対象です。

※ 公費①②は、公費の優先順に記載する。

※ 国公費や県単独特定治療研究費の給付がある場合は、それらが優先する。

※ 国公費を優先することで、重度（85）・母子（84）医療費助成の請求額が0円となる場合は、重度（85）・母子（84）医療費助成の対象外となるので記載は不要となります。

※ 月途中の保険変更等により自己負担分が生じない場合は、0円を記載する。

※ 後期も同様の記載方法となります。

※注 支払基金と記載方法が異なりますので、ご注意願います。

療養の給付	保険	請求点数	決定点数	負担金額	食事・生活療養	保険	回数	請求	標準負担額
	公費①	⑦		⑩		公費①			
	公費②	⑧		⑪		公費②	⑫ 0	0	0