



福岡県医第1986号(地)

平成23年 1月 7日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会

会長 松田 峻一良

(公 印 省 略)

特別療養費送付状の変更について

現在、特別療養費につきましては、保険医療機関から国保法施行規則第27条の6または第27条の7に規定する届書(特別療養費と朱書した診療報酬明細書)に送付状(別紙1)を添えて提出することとされておりますが、今般、福岡県国民健康保険団体連合会(以下、国保連合会とする。)より、同会の支払システム等の変更に伴い、平成23年2月提出分の特別療養費から送付状の様式を別紙2のとおり変更する旨、別添のとおり連絡が参りましたのでお知らせいたします。

なお、

- 1) 送付状(新様式)につきましては、記載欄に「件数・日数・点数」が新たに追加されておりますが、保険医療機関においては、従来通り件数のみの記載とされております。
- 2) 今回の改正内容につきましては、保険医療機関に対し直接国保連合会より通知(別紙3)がなされます。(1月5日発送予定)

小郡三井医師会より

医療保険担当理事 山下拓郎
会長 蒲池 壽



福国保連第 2190 号

平成 22 年 12 月 24 日

福岡県医師会

会長 松田 峻一良 様

福岡県国民健康保険団体連合会

理事長 山本 康太郎



特別療養費送付状の変更について

平素より、本会の事業運営につきましては格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、特別療養費につきましては、保険医療機関から国保法施行規則第 27 条の 6 または第 27 条の 7 に規定する届書（特別療養費と朱書した診療報酬明細書）に送付状（別紙 1）を添えて提出していただいておりますが、今回本会支払システム等の変更に伴い、送付状の様式を別紙 2（記載内容につきましては下記のとおり）のとおり変更することとしましたので、ご理解とご協力をお願いします。

記

送付状の記載について

新様式（別紙 2）の療養の給付欄は、本会の事務処理の都合上、件数・日数・点数欄を設けておりますが、従来どおり件数の記入をお願いします。

問い合わせ先
福岡県国民健康保険団体連合会
審査管理課 療養費係
担当 森
TEL 092-642-7848
FAX 092-642-7854



(別紙 1)

特 別 療 養 費 診 療 明 細 書 (資格証明書用) 送 付 状

平成 年 月 分

医療機関コード _____

保険医療機関の

所在地及び名称

開 設 者 氏 名

平成 年 月 日

保 険 者 名	件 数	保 険 者 名	件 数
		合 計	

(別紙2)

平成 年 月 分

特別療養費診療明細書(資格証明書)送付状

保険者

--	--	--	--	--	--

) 殿

都道府 医療機関
県番号 40 コード

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

保険者ごとの
作成をお願いします

下記のとおり送付する。

年 月 日

保険

		療 養 の 給 付				食事療養費・生活療養		
		件数	診療実日数	点	数	件数	回数	金額
一般 (70歳以上一般 ・低所得)	⑦入院							円
	⑧入院外							
一般 (70歳以上)	⑨入院							
	⑩入院外							
一般被保険者	入院							
	入院外							
67 退職者 (本人)	①入院							
	②入院外							
67 退職者 (被扶養者)	⑤入院							
	⑥入院外							

この欄のみ記載をお願いします

別 紙 3

事 務 連 絡

平成 23 年 1 月 5 日

保険医療機関

保険調剤薬局 各位

福岡県国民健康保険団体連合会

特別療養費送付状の変更について

平素より、本会の事業運営につきましては格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、本会事務処理変更に伴い、今回特別療養費送付状の様式を別紙のとおり変更します。現在の送付状は、保険者名と件数の記載ですが、新様式では、国保連合会の事務処理の都合上日数・点数の欄を設けております。記載につきましては、今までどおり保険者番号と件数となります。

つきましては、平成 23 年 2 月提出分の特別療養費より新様式での送付をお願いしたいと考えていますので、送付状変更にご協力をお願いします。

問い合わせ先

福岡県国民健康保険団体連合会

審査管理課 療養費係

担当 森

TEL 092-642-7848

FAX 092-642-7854

(別紙)

現在様式

李 仁 淑 (巨濟區田坪里) 和 羅 廷 勳 (金海區新島洞) 等

年 月 分

五、按機關コード、

保護監察制度の
存在と及びその行

所在地及び名称
開設者氏名

平成 年 月 日

保險者名	件數	保險者名	件數
			7
		合 計	

新樣式

平成 年 月分

特別検査費診療明細書 (資格証明書) 添付状

保険者			
-----	--	--	--

1950年 1月

下記のとおりに進捗する、
平成 年 月 日

係数に添接問の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

基金业绩评价

		受取の検付			交付検表費・生活府費		
		仕	借	受	付	戻	金
第一 (受取金・ 外債・生活府費)	①入 院						
	②入 院外						
第二 (生活府費)	③入 院						
	④入 院外						
第三 (生活府費)	⑤入 院						
	⑥入 院外						
計 (受取金・ 生活府費)	⑦入 院						
	⑧入 院外						

平成 年 月分

特別療養費診療明細書（資格証明書）送付状

保険者

--	--	--	--	--	--

都道府 40 医療機関
県番号 コード

() 殿

下記のとおり送付する。
平成 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

国民健康保険

		療 養 の 給 付			食事療養費・生活療養		
		件 数	診療実日数	点 数	件 数	回数	金額
一般 (七〇歳以上一般 ・低所得)	⑦入 院						円
	⑧入 院 外						
一般 (七〇歳以上)	⑨入 院						
	⑩入 院 外						
一般被保険者	入 院						
	入 院 外						
67 退職者 (本人)	①入 院						
	②入 院 外						
67 退職者 (被扶養者)	⑤入 院						
	⑥入 院 外						

(記 載 例)

平成 年 月 分

特別療養費診療明細書（資格証明書）送付状

保険者

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

) 殿

都道府 医療機関
県番号 40 コード

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

下記のとおり送付する。
年 月 日

保険者ごとの
作成をお願い
します

			療 養 の 給 付			食事療養費・生活療養		
			件 数	診療実日数	点 数	件 数	回数	金額
一般 (七〇歳以上一般 ・低所得)	⑦入	院						円
	⑧入	院 外						
一般 (七〇歳以上)	⑨入	院						
	⑩入	院 外						
一般被保険者	入	院						
	入	院 外						
67 退職者 (本人)	①入	院						
	②入	院 外						
67 退職者 (被扶養者)	⑤入	院						
	⑥入	院 外						

この欄のみ記載を
お願いします