



福岡県医発第2703号(地)
平成24年 2月23日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 松田 峻一 良
(公印省略)

高額療養費の外来現物給付化に伴う「診療報酬請求書等の
記載要領等について」の一部改正について

標記の件につきましては、平成24年2月10日付け福岡県医発第2613号(地)
においてご連絡申し上げておりましたが、今般、本件について各医療機関宛に
送付する旨、福岡県国民健康保険団体連合会より別紙のとおり通知が参りました
のでご連絡申し上げます。

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

事 務 連 絡

平成24年2月15日

福岡県医師会 御中

福岡県国民健康保険団体連合会

高額療養費の外来現物給付化に伴う「診療報酬請求書等の
記載要領等について」の一部改正について（お知らせ）

本会の事業運営につきましては、平素から格別のご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、高額療養費の外来現物給付化については「健康保険法施行令等の一部を改正する政令」（平成23年政令第327号）により平成24年4月1日から施行されることとなっております。これに伴い「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和51年8月7日保険発第82号）の一部が改正され、平成24年4月1日から適用することとされています。

つきましては、この改正による診療報酬明細書の記載方法について、別添文書を保険医療機関あてに送付することといたしますので、お知らせいたします。



平成24年2月27日

各保険医療機関
各保険調剤薬局 殿

福岡県国民健康保険団体連合会

高額療養費の外来現物給付化に伴う「診療報酬請求書の記載
要領等について」の一部改正について（お知らせ）

拝啓、時下益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素から、本会の事業運営にご協力いただき厚くお礼申し上げます。

既にご承知のとおり、高額療養費の外来現物給付化については「健康保険法施行令等の一部を改正する政令」（平成23年政令第327号）により平成24年4月1日から施行されます。これに伴い、「診療報酬請求書の記載要領等について」（昭和51年8月7日保険発第82号）の一部が改正され、平成24年4月1日から適用されます。

つきましては、別紙の「高額療養費の外来現物給付化に係るレセプトへの記載事項等について」を参照の上、レセプト及び診療報酬請求書等について記載漏れ等がないようご留意下さいますようお願いいたします。

《ご不明な点は国保連合会担当地区係へお問合せ下さい。》

※ 高額療養費の外来現物給付化に関する概要、Q&Aについては厚生労働省のホームページ（<http://www.mhlw.go.jp>）に掲載されていますのでご参照ください。

(別 紙)

高額療養費の外来現物給付化に係るレセプトへの記載事項等について

平成 24 年 4 月診療分（平成 24 年 5 月請求分）から適用

1. 70 歳以上の患者（高齢受給者及び後期高齢者医療）の場合

(1) 「一部負担金額」欄について

高額療養費が現物給付された場合に限り、「一部負担金額」欄に支払いを受けた一部負担金の額（自己負担限度額）の記載が必要となります。

(2) 「摘要」欄について

「限度額適用・標準負担額減額認定証」の提示があった場合であって高額療養費が現物給付された場合に限り、「摘要」欄に「低所得Ⅰ」又は「低所得Ⅱ」の記載が必要となります。

※ ただし、電子レセプト請求の場合は「レセプト共通レコード」の「一部負担金・食事療養費・生活療養費標準負担額区分」の項目に該当するコード（別表 8）を記録してください。

（別表 8 一部負担金・食事療養費・生活療養費標準負担額区分コード）

コード名	コード	内 容
一部負担金・食事療養費・生活療養費標準負担額区分コード	1	入院時負担金額又は外来時一部負担金額並びに食事療養又は生活療養に係る標準負担額について、限度額適用・標準負担額減額認定証又は低所得者世帯の特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券（適用区分がC又はⅡ）の交付を受けている者（入院日数が90日以下の者） ・低所得者Ⅱ
	2	入院時負担金額並びに食事療養又は生活療養に係る標準負担額について、限度額適用・標準負担額減額認定証又は低所得者世帯の特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券（適用区分がC又はⅡ）の交付を受けている者（入院日数が90日を超える者） ・低所得者Ⅱ
	3	入院時負担金額又は外来時一部負担金額並びに食事療養又は生活療養に係る標準負担額について、限度額適用・標準負担額減額認定証又は低所得者世帯の特定疾患医療受給者（適用区分がⅠ）の交付を受けている者 ・低所得者Ⅰ
	4	入院時負担金額又は外来時一部負担金額並びに食事療養又は生活療養に係る標準負担額について、限度額適用・標準負担額減額認定証又は低所得者世帯の特定疾患医療受給者（適用区分がⅠ）の交付を受けている者であって、老齢福祉年金を受給している者 ・低所得者Ⅰ

2. 70歳未満の患者の場合

(1) 「一部負担金額」欄について

「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」の提示があった場合であって高額療養費が現物給付された場合に限り、「一部負担金額」欄に支払いを受けた一部負担金の額（自己負担限度額）の記載が必要となります。

「上位所得者」 $(150,000 \text{ 円} + (\text{医療費総額} - 500,000 \text{ 円}) \times 1\%)$ 又は「一般」 $(80,100 \text{ 円} + (\text{医療費総額} - 267,000 \text{ 円}) \times 1\%)$ で算出した場合は、1 円未満の端数を四捨五入した額を記載します。（1 円単位の記載となります。）

(2) 「特記事項」欄について

「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」の提示があった場合、所得区分に応じ、「特記事項」欄に次のコード・略号を記載します。

コード	略号	内 容
17	上位	以下のいずれかに該当する場合 ① 「上位所得者の世帯」の限度額適用認定証が提示された場合 ② 「上位所得者（70歳以上の場合は現役並み所得者）の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合（特記事項「22」に該当する場合を除く。）
18	一般	以下のいずれかに該当する場合 ① 「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の限度額適用認定証が提示された場合 ② 「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合（特記事項「23」に該当する場合を除く。）
19	低所	以下のいずれかに該当する場合 ① 「低所得者の世帯」の限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証が提示された場合 ② 「低所得者の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合（特記事項「24」に該当する場合を除く。）

※ レセプトへの記載事例及び診療報酬請求書等につきましては別添を参照してくださいようお願い致します。

診療報酬請求書について

平成 年 月分 診療報酬請求書(医科・歯科)

3 9 * * * * *

都道府県 番号 40 医療機関 コード

各 広 域 連 合 殿
下記のとおり請求する。
平成 年 月 日
後期高齢者医療

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

		療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養			
		件 数	診療実日数	点 数	一部負担金	件 数	回数	数 金	額 標準負担額
③⑨ 後期高齢者医療	請求	⑦ 入院			円				円
	請求	⑧ 入院外	1	10	10,000	8,000			
	※決定	⑦ 入院							
	※決定	⑧ 入院外							
	請求	⑨ 入院							
	請求	⑩ 入院外							
	※決定	⑨ 入院							
	※決定	⑩ 入院外							

レセプトに記載された一部負担金の額を集計し、記載して下さい。

公費負担医療

		療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養			
		件 数	診療実日数	点 数	一部負担金	患者負担額	件 数	回数	数 金 額 標準負担額 (公費分)
	請求	入院							
	請求	入院外							
	※決定	入院							
	※決定	入院外							
	請求	入院							
	請求	入院外							
	※決定	入院							
	※決定	入院外							
	請求	入院							
	請求	入院外							
	※決定	入院							
	※決定	入院外							
	請求	入院							

現在、70 歳以上（高齢受給者及び後期高齢者医療）で在宅時医学総管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定したレセプトと、その他のレセプトは、それぞれ別の請求書を作成して頂いていますが、平成 24 年 4 月診療分（5 月請求分）以降は高額療養費が現物給付されたレセプトと、その他のレセプトは分けずに作成して頂いて結構です。（その際、月遅れ等（平成 24 年 3 月診療分以前）の在宅時医学総管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定したレセプトも合算して頂いて結構です。）

平成 年 月分 診療報酬請求書(医科・歯科)

保 険 者 * * * * *

都道府県 番号 40 医療機関 コード

(別 記) 殿
下記のとおり請求する。
平成 年 月 日
国民健康保険

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

		療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養			
		件 数	診療実日数	点 数	一部負担金	件 数	回数	数 金	額 標準負担額
一般 (70歳以上一般)	請求	⑦ 入院			円				円
	請求	⑧ 入院外	1	10	10,000	10,000			
	※決定	⑦ 入院							
	※決定	⑧ 入院外							
一般 (70歳以上一般)	請求	⑨ 入院							
	請求	⑩ 入院外							
	※決定	⑨ 入院							
	※決定	⑩ 入院外							
一般被保険者	請求	入院							
	請求	入院外	1	10	33,333	80,763			
	※決定	入院							
	※決定	入院外							
一般 (六歳)	請求	③ 入院							
	請求	④ 入院外							
	※決定	③ 入院							
	※決定	④ 入院外							
⑥⑦ 退職者 (本人)	請求	① 入院							
	請求	② 入院外							
	※決定	① 入院							
	※決定	② 入院外							
⑥⑦ 退職者 (70歳以上一般)	請求	⑦ 入院							
	請求	⑧ 入院外							
	※決定	⑦ 入院							
	※決定	⑧ 入院外							
	請求	⑨ 入院							
	請求	⑩ 入院外							
	※決定	⑨ 入院							
	※決定	⑩ 入院外							
	請求	⑤ 入院							
	請求	⑥ 入院外							
	※決定	⑤ 入院							
	※決定	⑥ 入院外							
	請求	③ 入院							
	請求	④ 入院外							
	※決定	③ 入院							
	※決定	④ 入院外							

レセプトに記載された一部負担金の額を集計し、記載して下さい。

レセプトに記載された一部負担金の額を集計し、記載して下さい。
(斜線欄のスペースに記入して頂くをお願いします。)

※印の欄は記入しないこと。

(1) 70歳以上の患者(高齢受給者及び後期高齢者医療)の場合

【事例：後期高齢者医療外来（所得区分「低所得Ⅰ」）、請求点数 10,000点】

診療報酬明細書 (医科入院外)		都道府 県番号	医療機関コード	1 医 科	1 社・国 2 公費	3 後期 4 退職	1 単独 2 2併 3 3併	2 本外 4 六外 6 家外	8 高外 0 高外7	給 付 割 合										
平成 年 月 分		3	9	*	*	*	*	*	*	10 9 8										
公費負担者番号①		3 9 * * * * *																		
公費負担者番号②		7 ()																		
氏名		高額の療養費が現物給付された場合に、一部負担金額欄に金額の記載が必要となります。																		
職務上の事由		【70歳以上の自己負担限度額】																		
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>外来（1月あたり）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>現役並み所得者</td> <td>44,400円</td> </tr> <tr> <td>一般</td> <td>12,000円</td> </tr> <tr> <td>低所得2</td> <td>8,000円</td> </tr> <tr> <td>低所得1</td> <td>8,000円</td> </tr> </tbody> </table>									区分	外来（1月あたり）	現役並み所得者	44,400円	一般	12,000円	低所得2	8,000円	低所得1	8,000円
区分	外来（1月あたり）																			
現役並み所得者	44,400円																			
一般	12,000円																			
低所得2	8,000円																			
低所得1	8,000円																			
請求点数		10,000																		
決定点		8,000																		
一部負担額		低所得Ⅰ																		
療養の給付		低所得者であって高額療養費が現物給付された場合、摘要欄に「低所得Ⅰ」又は「低所得Ⅱ」の記載が必要となります。																		

(2) 70歳未満の患者の場合

【事例：国保本人外来、限度額適用認定証提示あり（所得区分「一般」）、請求点数 33,333点】

診療報酬明細書 (医科入院外)		都道府 県番号	医療機関コード	1 医 科	1 社・国 2 公費	3 後期 4 退職	1 単独 2 2併 3 3併	2 本外 4 六外 6 家外	8 高外 0 高外7	給 付 割 合								
平成 年 月 分										10 9 8								
公担号		7 ()																
公担号		「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」の提示があった場合、所得区分に応じコード・略号を特記事項欄に記載します。																
氏名		17・上位																
職務上の事由		18・一般																
		19・低所																
請求点数		33,333																
決定点		80,763																
一部負担額		18・一般																
療養の給付		「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」の提示があった場合（特記事項欄に17・18・19の記載あり）で、高額療養費が現物給付された場合に、一部負担金額欄に金額の記載が必要となります。																
		【70歳未満の自己負担限度額】																
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>外来（1月あたり）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>上位所得者</td> <td>150,000円 + (医療費総額 - 500,000円) × 1% <多数回該当 83,400円></td> </tr> <tr> <td>一般</td> <td>80,100円 + (医療費総額 - 267,000円) × 1% <多数回該当 44,400円></td> </tr> <tr> <td>低所得</td> <td>35,400円 <多数回該当 24,600円></td> </tr> </tbody> </table>									区分	外来（1月あたり）	上位所得者	150,000円 + (医療費総額 - 500,000円) × 1% <多数回該当 83,400円>	一般	80,100円 + (医療費総額 - 267,000円) × 1% <多数回該当 44,400円>	低所得	35,400円 <多数回該当 24,600円>
区分	外来（1月あたり）																	
上位所得者	150,000円 + (医療費総額 - 500,000円) × 1% <多数回該当 83,400円>																	
一般	80,100円 + (医療費総額 - 267,000円) × 1% <多数回該当 44,400円>																	
低所得	35,400円 <多数回該当 24,600円>																	

(3) 所得区分が「一般」又は「低所得者」の高齢受給者(70歳～74歳)の場合の注意点

所得区分が「一般・低所得者」の高齢受給者(70歳～74歳)については、法律上の患者負担額は平成20年4月より2割負担となっていますが、一部負担割合の見直しを凍結する「70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置」が実施されています。これは、対象者が受けた療養に係る医療費の1割相当額を、国が「指定公費負担医療」として支給しているものです。この特例措置により、患者の窓口負担は実質1割となっています。

しかし、指定公費負担医療制度の限度額等の関係から、法律上の患者負担額(医療費の2割)が自己負担限度額を超える場合には高額療養費の現物給付が発生します。

つまり、**医療費の1割(患者からの窓口徴収額)が自己負担限度額を超えない場合でも、医療費の2割が自己負担限度額を超える場合には高額療養費の現物給付が発生しますので、一部負担金額の欄に金額(窓口徴収額(10円単位))の記載が必要になります。**

【事例：高齢受給者外来(所得区分「一般」)、請求点数 10,000点】

診療報酬明細書
(医科入院外)

都道府県番号
医療機関コード

1 1 社・国 3 後期 1 単独 2 本外 1 8 高外一
2 2 併 4 六外
3 3 併 6 家外 0 高外7
2 公費 4 退職 3 3 併

平成 年 月 分

保険者
番号

給付割合
10 9 8
7 ()

公費負担者番号 ①
公費負担者番号 ②

公費負担医療の受給者番号①
公費負担医療の受給者番号②

被保険者証・被保険者手帳等の記号

【70歳以上の自己負担限度額】

区分	外来(1月あたり)
現役並み所得者	44,400円
一般	12,000円
低所得2	8,000円
低所得1	8,000円

請求点数 ※ 決定点 一部負担金額 円
10,000 10,000
割(円)免除・支払猶予 円
医療費の1割は自己負担限度額を超えませんが、医療費の2割が自己負担限度額を超えるため、一部負担金額欄に金額の記載が必要となります。

療養費の給付
公費①
公費②

円 ※ 高額療養費 円 ※ 公費負担点数 点 ※ 公費負担点数 点

当該事例では、医療費(100,000円)の1割(10,000円)は患者の自己負担限度額(所得区分(一般):12,000円)を超えていませんが、医療費の2割(20,000円)は自己負担限度額を超えています。
この場合の各制度の負担額は以下のとおりとなります。

医療費総額 100,000円	8割	(保険給付分)	【国保保険者負担額】 100,000円×0.8 = 80,000円
	2割	(自己負担分)	【患者負担額】 100,000円×0.1 = 10,000円 ※ 法律上の患者負担額はH20.4月より2割負担ですが、特例措置により患者の窓口負担は実質1割となっています。
			【指定公費負担額】 12,000円-10,000円 = 2,000円 ※ 指定公費負担医療の限度額は、患者の実際の所得区分上限額とされているため、所得区分「一般」の自己負担上限額(12,000円)から窓口負担額である10,000円を差し引いた2,000円が指定公費負担医療より支給されます。
			【高額療養費負担額】 20,000円(100,000円×0.2) - 12,000円 = 8,000円

このように、所得区分が「一般」又は「低所得者」の高齢受給者の場合、特例措置により実質の患者負担割合が1割となっているため、実際の窓口徴収額が自己負担限度額を超えていない場合でも、医療費の2割が自己負担限度額を超える場合には高額療養費が現物給付されるため、一部負担金額欄に金額(10円単位)の記載が必要になります。

平成24年2月27日

各訪問看護ステーション 殿

福岡県国民健康保険団体連合会

高額療養費の外来現物給付化に伴う「訪問看護療養費請求書等
の記載要領等について」の一部改正について（お知らせ）

拝啓、時下益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素から、本会の事業運営にご協力いただき厚くお礼申し上げます。

既にご承知のとおり、高額療養費の外来現物給付化については「健康保険法施行令等の一部を改正する政令」（平成23年政令第327号）により平成24年4月1日から施行されます。これに伴い、「訪問看護療養費請求書等の記載要領について」（平成18年3月30日保医発第0330008号）の一部が改正され、平成24年4月1日から適用されます。

つきましては、別紙の「高額療養費の外来現物給付化に係るレセプトへの記載事項等について」を参照の上、レセプト及び訪問看護療養費請求書について記載漏れ等がないようご留意下さいますようお願いいたします。

※ 高額療養費の外来現物給付化に関する概要、Q&Aについては厚生労働省のホームページ（<http://www.mhlw.go.jp>）に掲載されていますのでご参照ください。

本件に関する問合せ先

福岡県国民健康保険団体連合会

審査部 審査第3課 第3係

TEL 092 (642) 7845

(別 紙)

高額療養費の外来現物給付化に係るレセプトへの記載事項等について

平成 24 年 4 月診療分（平成 24 年 5 月請求分）から適用

1. 70 歳以上の患者（高齢受給者及び後期高齢者医療）の場合

(1) 「一部負担金額」欄について

高額療養費が現物給付された場合に限り、「一部負担金額」欄に支払いを受けた一部負担金の額（自己負担限度額）の記載が必要となります。

(2) 「摘要（特記事項）」欄について

「限度額適用・標準負担額減額認定証」が提示された場合であって高額療養費が現物給付された場合に限り、「摘要（特記事項）」欄に「低所得Ⅰ」又は「低所得Ⅱ」の記載が必要となります。

2. 70 歳未満の患者の場合

(1) 「一部負担金額」欄について

「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」が提示された場合であって、高額療養費が現物給付された場合に限り、「一部負担金額」欄に支払いを受けた一部負担金の額（自己負担限度額）の記載が必要となります。

「上位所得者」（150,000 円＋（医療費総額－500,000 円）×1%）又は「一般」（80,100 円＋（医療費総額－267,000 円）×1%）で算出した場合は、1 円未満の端数を四捨五入した額を記載します。（1 円単位の記載となります。）

(2) 「特記」欄について

「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」が提示された場合、所得区分に応じ、「特記」欄に次のコード・略号を記載します。

コード	略号	内 容
17	上位	以下のいずれかに該当する場合 ① 「上位所得者の世帯」の限度額適用認定証が提示された場合 ② 「上位所得者（70 歳以上の場合は現役並み所得者）の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合（特記事項「22」に該当する場合を除く。）

コード	略号	内 容
18	一般	以下のいずれかに該当する場合 ① 「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の限度額適用認定証が提示された場合 ② 「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合（特記事項「23」に該当する場合を除く。）
19	低所	以下のいずれかに該当する場合 ① 「低所得者の世帯」の限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証が提示された場合 ② 「低所得者の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合（特記事項「24」に該当する場合を除く。）

※ レセプトへの記載事例及び診療報酬請求書等につきましては別添を参照していただきますようお願い致します。

平成

年

月分

訪問看護療養費請求書

様式第三

3	9	*	*	*	*	*	*
---	---	---	---	---	---	---	---

都道府
県番号

40

ステーション
コード

各広域連合殿

下記のとおり請求する。

訪問看護ステーションの

所在地及び名称

電話番号

指定訪問看護事業者等氏名

(印)

平成 年 月 日

後期高齢者医療

		件数	日数	金額	精神等各法 負担金額
③ 医 後 期 高 齢 療 者	後期9割	請求⑧	1	10	100,000
		※決定⑧			8,000
	後期7割	請求⑩			
		※決定⑩			

公費負担医療

	件数	日数		
	請求			
	※決定			
	請求			
	※決定			
	請求			
	※決定			
	請求			
	※決定			
	請求			
	※決定			
	請求			
	※決定			
	請求			
	※決定			
	請求			
	※決定			
	請求			
	※決定			
	請求			
	※決定			
	請求			
	※決定			

レセプトに記載された
部負担金の額を集計し
記載して下さい。

※高額療養費

件数

金額

円

注意 ※印の欄は記入しないこと。

平成
年
月分
訪問看護療養費請求書

様式第二

保険者

*
*
*
*
*
*

都道府県番号
40

ステーションコード

(別記) 般

下記のとおり請求する。

訪問看護ステーションの所在地及び名称
電話番号
指定訪問看護事業者等氏名

平成
年
月
日

国民健康保険

		件数	日数	金額	精神等各法負担金額
一般被保険者 (70歳以上一般・低所得)	請求 ⑨	1	10	100,000	10,000
	※決定 ⑨				
一般被保険者 (70歳以上7割)	請求 ⑩				
	※決定 ⑩				
一般被保険者	請求	1	10	150,000	35,400
	※決定				
一般被保険者 (6歳)	請求 ④				
	※決定 ④				
⑥7 退職者 (本人)	請求 ②				
	※決定 ②				
⑥7 退職者 (70歳以上9割)	請求 ⑧				
	※決定 ⑧				
⑥7 退職者 (70歳以上7割)	請求 ⑩				
	※決定 ⑩				
⑥7 退職者 (被扶養者)	請求 ⑥				
	※決定 ⑥				
⑥7 退職者 (6歳)	請求 ④				
	※決定 ④				

レセプトに記載された一部負担金の額を集計し、記載して下さい。

老人保健

		件数	日数	金額	精神等各法負担金額
②7 老人9割	請求 ③				
	※決定 ③				
②7 老人7割	請求 ⑩				
	※決定 ⑩				

公費負担医療

		件数	日数	金額	精神等各法負担金額	基本利用料
	請求					
	※決定					
	請求					
	※決定					
	請求					
	※決定					
	請求					
	※決定					

高額療養費	70 一般被保険者	件数		71 退職者	件数	
		金額	円		金額	円

注意 ※印の欄は記入しないこと

レセプトへの記載事例

(1) 70歳以上の患者(高齢受給者及び後期高齢者医療)の場合

【事例：後期高齢者医療(所得区分「低所得Ⅰ」)、請求金額 100,000円】

○訪問看護療養費明細書

都道府県番号 訪問看護ステーションコード

6 1 社・国 3 後期 1 単独 2 本人 8 高齢一
訪問 2 公費 4 退職 3 3 併 6 家族 0 高齢7
給付 10 9 8
7 ()

保険者番号 3 9 * * * * * * * *

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

訪問看護ステーション住所及び名称

氏名 1男 2女 職務上の事由 1

高額療養費が現物給付された場合に、負担金額欄に金額の記載が必要となります。

【70歳以上の自己負担限度額】

区分	外来(1月あたり)
現役並み所得者	44,400円
一般	12,000円
低所得2	8,000円
低所得1	8,000円

低所得Ⅰ

請求 100,000円 ※ 決定 負担金額 8,000円 ※ 高額療養費

合 算 公費 ① 公費 ②

低所得者であって高額療養費が現物給付された場合、摘要欄(特記事項欄)に「低所得Ⅰ」又は「低所得Ⅱ」の記載が必要となります。

(2) 70歳未満の患者の場合

【事例：国保本人、限度額適用認定証提示あり(所得区分「低所得者」)、請求金額 150,000円】

○訪問看護療養費明細書

都道府県番号 訪問看護ステーションコード

平成 年 月 日

6 1 社・国 3 後期 1 単独 2 本人 8 高齢一
訪問 2 公費 4 退職 3 3 併 6 家族 0 高齢7
給付 10 9 8
7 ()

保険者番号

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

訪問看護ステーション住所及び名称

氏名 1男 2女 1男 2女 3昭 4平 生 19・低所

職務上の事由 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害

「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」の提示があった場合、所得区分に応じコード・略称を特記欄に記載します。

17・上位
18・一般
19・低所

特記 19・低所

請求 150,000円 ※ 決定 負担金額 35,400円 ※ 高額療養費

合 算 公費 ① 公費 ②

「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」の提示があった場合(特記欄に17・18・19の記載あり)で、高額療養費が現物給付された場合に、負担金額欄に金額の記載が必要となります。

【70歳未満の自己負担限度額】

区分	外来(1月あたり)
上位所得者	150,000円+(医療費総額-500,000円)×1% <多数回該当 83,400円>
一般	80,100円+(医療費総額-267,000円)×1% <多数回該当 44,400円>
低所得	35,400円<多数回該当 24,600円>

(3) 所得区分が「一般」又は「低所得者」の高齢受給者(70歳～74歳)の場合の注意点

所得区分が「一般・低所得者」の高齢受給者(70歳～74歳)については、法律上の患者負担額は平成20年4月より2割負担となっていますが、一部負担割合の見直しを凍結する「70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置」が実施されています。これは、対象者が受けた療養に係る医療費の1割相当額を、国が「指定公費負担医療」として支給しているものです。この特例措置により、患者の窓口負担は実質1割となっています。

しかし、指定公費負担医療制度の限度額等の関係から、法律上の患者負担額(医療費の2割)が自己負担限度額を超える場合には高額療養費の現物給付が発生します。

つまり、**医療費の1割(患者からの窓口徴収額)が自己負担限度額を超えない場合でも、医療費の2割が自己負担限度額を超える場合には高額療養費の現物給付が発生しますので、一部負担金額の欄に金額(窓口徴収額(10円単位))の記載が必要になります。**

【事例：高齢受給者(所得区分「一般」)、請求金額 100,000円】

○ 訪問看護療養費明細書										都道府県番号	訪問看護ステーションコード	6 1 社・国 3 後期 1 単独 2 本人 8 高齢	2 併 4 六歳 3 併 6 家族 10 9 8											
平成 年 月 分																								
公費負担者番号 ①					公費負担医療の受給者番号①					保険者番号														
公費負担者番号 ②					公費負担医療の受給者番号②					被保険者証・被保険者手帳等の記号														
氏名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 生										特記		訪問看護ステーションの住所及び名称												
職務上の事由 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害												【70歳以上の自己負担限度額】												
												<table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>外来(1月あたり)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>現役並み所得者</td> <td>44,400円</td> </tr> <tr> <td>一般</td> <td>12,000円</td> </tr> <tr> <td>低所得2</td> <td>8,000円</td> </tr> <tr> <td>低所得1</td> <td>8,000円</td> </tr> </tbody> </table>			区分	外来(1月あたり)	現役並み所得者	44,400円	一般	12,000円	低所得2	8,000円	低所得1	8,000円
区分	外来(1月あたり)																							
現役並み所得者	44,400円																							
一般	12,000円																							
低所得2	8,000円																							
低所得1	8,000円																							
合 計	請求 100,000	円	※	決 定	円	負担金額 10,000	円	※高額療養費																
公費①								円	※公費負担金額	円	備考													
公費②								円	※公費負担金額	円														

医療費の1割は自己負担限度額を超えませんが、医療費の2割が自己負担限度額を超えるため、一部負担金額欄に金額の記載が必要となります。

当該事例では、医療費(100,000円)の1割(10,000円)は患者の自己負担限度額(所得区分(一般):12,000円)を超えていませんが、医療費の2割(20,000円)は自己負担限度額を超えています。

この場合の各制度の負担額は以下のとおりとなります。

医療費総額 100,000円	8割	(保険給付分)	【国保保険者負担額】 $100,000円 \times 0.8 = 80,000円$
	2割	(自己負担分)	【患者負担額】 $100,000円 \times 0.1 = 10,000円$ ※ 法律上の患者負担額はH20.4月より2割負担ですが、特例措置により患者の窓口負担は実質1割となっています。
			【指定公費負担額】 $12,000円 - 10,000円 = 2,000円$ ※ 指定公費負担医療の限度額は、患者の実際の所得区分上限額とされているため、所得区分「一般」の自己負担上限額(12,000円)から窓口負担額である10,000円を差し引いた2,000円が指定公費負担医療より支給されます。
			【高額療養費負担額】 $20,000円 (100,000円 \times 0.2) - 12,000円 = 8,000円$

このように、所得区分が「一般」又は「低所得者」の高齢受給者の場合、特例措置により実質の患者負担割合が1割となっているため、実際の窓口徴収額が自己負担限度額を超えていない場合でも、医療費の2割が自己負担限度額を超える場合には高額療養費が現物給付されるため、一部負担金額欄に金額(10円単位)の記載が必要になります。