

福岡県医発第 727 号 (地)
平成 29 年 6 月 8 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会長 松 田 峻一良
(公 印 省 略)

障害者総合支援法による更生医療（法別番号「15」）における
中間所得層の患者に係る高額療養費の算出誤りについて（情報提供）

標記の件につきまして、社会保険診療報酬支払基金福岡支部（以下、「支払基金」）より別添のとおり連絡がありました。

障害者総合支援法による更生医療（以下、「更生医療」）の併用分に係る診療報酬については、原則 7 割の保険者負担額に高額療養費を加えた額が保険者へ請求されているところですが、今般、本来高額療養費として保険者へ請求すべき額について、誤って更生医療分として公費支給額を算出し、更生医療の公費負担医療実施機関へ請求されていたことが判明したとのことです。

当該高額療養費の算出誤りにおける保険医療機関への診療報酬支払額について影響はありませんが、保険者と実施機関の間で再審査処理において調整されることにより、別添のとおり支払関係帳票等に調整額が表示されることとなります。

今回、県内 25 の保険医療機関が該当とのことです。本件に関する処理が記載された別添の帳票等が送付される際には、事前に支払基金より当該医療機関へ連絡がなされるとのことです。

つきましては、貴会におかれましても本件に関しご了解いただくとともに、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

医療保険担当理事 山下拓郎
会長 白石恒明

福 審 企 調 000047

平成 29 年 6 月 2 日

福岡県医師会 御中

社会保険診療報酬支払基金福岡支部

障害者総合支援法による更生医療（法別番号「15」）における
中間所得層の患者に係る高額療養費の算出誤りについて（お詫び）

平素は、支払基金の業務運営に格別のご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、障害者総合支援法による更生医療（以下「更生医療」といいます。）の併用分に係る診療報酬については、原則 7 割の保険者負担額に高額療養費を加えた額を保険者へ請求しているところですが、今般、この診療報酬の請求において、本来高額療養費として保険者へ請求すべき額について、誤って更生医療分として公費支給額を算出し、更生医療の公費負担医療実施機関へ請求していたことが判明いたしました。

当該高額療養費の算出誤りにおける保険医療機関への診療報酬支払額については影響がありませんが、今後、保険者と実施機関の間で再審査処理において調整することにより、別紙のとおり保険医療機関へお送りしている、支払関係帳票等に調整額が表示されることとなります。

該当保険医療機関に大変ご迷惑をおかけすることとなり、深くお詫び申し上げます。

支払基金といたしましては、本件について深く反省し、今後、医療保険制度の改正により高額療養費の算出方法が変更となる場合は、厚生労働省と十分に協議を行うなど事務処理誤りが発生しないよう万全を期し、再発防止に全力で取り組む所存であります。ご迷惑をおかけしますことを重ねてお詫び申し上げます。

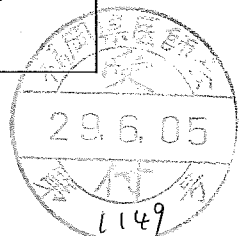
本件に関する問い合わせ先

社会保険診療報酬支払基金福岡支部

調整課 前野

T E L 092-473-6616 内線 560

F A X 092-477-3110



(機械様式第101号)

再審査等支払調整額通知票 (返戻分)

ページ

医療機関等コード: _____

医療機関等名: _____ 御中

社会保険診療報酬支払基金

点数表: 診療科:

平成 年 月診療分において、下記のとおり再審査に係る調整をしましたので通知いたします。

診療年月 区分	保険者番号 (継承前) 受給者番号 主保険者	患者氏名 生年月日 整理番号	調整金額 日数 点数 一部負担金	調整支給額 回数 基準額 標準負担額	請求理由	備考
	0600000		-912,570 -10 -100,000 -87,430			
	1500000 9999999 0600000		-29,830 -10 -100,000 -57,600			
件数	合計調整金額	合計調整支給額	備考欄の英数字は以下のとおりです。 1: 保険者「42-13-6010」は、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の金額を表示しています。 K: 紙レセプトにより再審査請求されたものです。			

再審査処理において、一度、該当レセプトの支払額を減額しますので、再審査等支払調整額通知票(機械様式第101号)に反映されます。

当座口振込通知書(平成 年 月診療分)

点数表	医療機関口一下	健診等機関口一下

被 振 込 銀 行							
金融機関名							
支 店 名							
預 金 種 目							
口 座 番 号	*	*	*	*	*	*	*

お 受 取 人	〒	
		様
	医)	()

振込日 平成 年 月 日

ご指定の口座（受領委任の場合は受領者の指定する口座）に下記のとおり振り込みましたので通知します。
この通知書は所得税申告の際必要となりますので大切に保管ください。

社会保険診療報酬支払基金

[illegible]