



福岡医発第 725 号 (地)  
令和 2 年 6 月 5 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会  
会長 松 田 峻一良  
(公 印 省 略)

包括的合意に基づく国保保険者間調整の実施に係る協力について (依頼)

本県では国民健康保険の被保険者であった者が被保険者資格の喪失後受診により発生した返還金の調整方法として、①被保険者へ返還金の支払いを求める方法、②療養費等代理受領方式による保険者間調整、又は、③保険医療機関等の了承を得て過誤調整及び正しい資格情報に修正・作成したレセプトにて再請求いただく等の方法で調整されているところです。

しかし、①及び②では、被保険者及び国保保険者の事務負担が大きく、また、被保険者が返還金の支払いや受領委任に応じない事例等もあり、③でもレセプトの修正・作成にあたり保険医療機関等における事務負担が生じております。

今般、福岡県国民健康保険団体連合会 (以下、国保連合会) より、保険医療機関等及び国保保険者の事務負担等の軽減並びに返還金の適正な管理に資することを目的に、保険医療機関等及び国保保険者が包括的な合意のもと、国保連合会が喪失後受診のレセプトを正しい資格情報に訂正のうえ、保険医療機関等に代わり正しい国保保険者へ請求することによって調整する「包括的合意に基づく国保保険者間調整」の実施に係る協力依頼がありました。

本調整の流れは下記のとおりとなっており、被保険者資格の喪失後受診があった場合は、国保連合会より別添の保険医療機関宛調整依頼文書、別紙 1 ～ 2 並びに別紙 2 記載例 (以下、「別添依頼文書等」) が送付され、保険医療機関は別紙 2 において承諾の有無を国保連合会へ返送することとなります。(調整の承諾をした場合は、国保連合会において該当レセプトの訂正が行われ、保険医療機関宛に別紙 3 通知が送付されます。)

本会といたしましても、6 月 4 日開催の本会第 7 回全理事会で協議の結果、本実施に協力することといたしました。

---

小郡三井医師会より

医療保険担当理事 肥山淳一郎  
会長 島田昇二郎

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及びご協力が得られますようご高配方よろしくお願い申し上げます。

## 記

### **包括的合意に基づく国保保険者間調整の流れ**

- ①新旧保険者間で振替調整の同意・資格を照会
- ②旧保険者より国保連合会へ振替調整を依頼
- ③国保連合会より医療機関へ振替調整に関する承諾について別添依頼文書等を送付
- ④医療機関は別紙２において承諾の有無を国保連合会へ返送

#### (別紙２の「１」について)

##### **承諾した場合**

- ⑤国保連合会がレセプトの訂正（新保険者への請求と旧保険者への過誤調整）
- ⑥国保連合会より医療機関へ振替処理結果をお知らせ（別紙３）

##### **承諾しない場合**

- ⑤現在の返還金の調整方法のいずれかを実施

#### (別紙２の「２」について)

##### **承諾した場合**

- ・今後、同様事例が発生した場合は包括的合意に基づく国保保険者間調整を実施（医療機関宛に別添依頼文書等は送付されない）

##### **承諾しない場合**

- ・今後、同様事例の発生の都度、別添依頼文書等を送付

以上

福岡保連第1115号  
令和2年6月2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 永原 譲二



包括的合意に基づく国保保険者間調整の実施について（依頼）

国民健康保険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、本県では国民健康保険の被保険者であった者が被保険者資格の喪失後受診により発生した返還金の調整方法として、(1) 被保険者へ返還金の支払いを求める方法、(2) 療養費等代理受領方式による保険者間調整、又は、(3) 保険医療機関等の了承を得て過誤調整及び正しい資格情報に修正・作成したレセプトにて再請求いただく等の方法で調整しているところです。

しかし、国保保険者が(1) 被保険者へ返還金の支払いを求める方法や(2) 療養費等代理受領方式による保険者間調整では、被保険者及び国保保険者の事務負担が大きく、また、被保険者が返還金の支払いや受領委任に応じない事例等もあり、国保保険者における返還金の適正な管理に支障をきたしているところです。

また、(3) 保険医療機関等の了承を得て過誤調整及び再請求によって調整する方法では、レセプトの修正・作成にあたり保険医療機関等における事務負担が生じています。

つきましては、保険医療機関等及び国保保険者の事務負担等の軽減並びに返還金の適正な管理に資するため、令和2年7月（予定）より、保険医療機関等及び国保保険者が包括的な合意のもと、国保連合会が喪失後受診のレセプトを正しい資格情報に訂正のうえ、保険医療機関等に代わり正しい国保保険者へ請求することによって調整する「包括的な合意に基づく国保保険者間調整」の実施を計画しており、貴職のご協力をいただきたく、よろしくお願い申し上げます。

なお、この国保保険者間調整の実施にあたり、別添「資格喪失後受診に対する国保保険者間による調整について（依頼）」により、保険医療機関等からの承諾をお願いすることとしていますことを申し添えます。

【参考】

療養費等代理受領方式による保険者間調整とは

被保険者の同意（委任状）に基づき、旧保険者が新保険者に対し、被保険者の代理人として療養費の支給申請及び受領を行う調整方法。

福国保連第〇〇〇号  
令和〇〇年〇月〇日

保険医療機関等 各位

福岡県国民健康保険団体連合会  
理 事 長 永 原 譲 二  
( 公 印 省 略 )

**資格喪失後受診に対する国保保険者間による調整について(依頼)**  
**(包括的合意に基づく国保保険者間調整)**

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

さて、同封の別紙1「資格喪失後受診に対する国保保険者間の調整対象者一覧」に記載のレセプトは、受診時にレセプト記載の保険資格を喪失していたことから、保険医療機関等のご承諾のもと、国保連合会がレセプト記載の保険者番号及び記号番号(以下「資格情報」という。)を受診時に有していた正しい資格情報に訂正のうえ、保険医療機関等に代わって請求を行う、包括的合意に基づく国保保険者間調整の実施について保険者から依頼がありました。

つきましては、国保連合会がレセプト記載の資格情報を訂正のうえ請求することについて、貴保険医療機関等のご承諾をいただきたく、別紙2の「資格喪失後受診に対する国保保険者間による調整の承諾について」にご記入、押印のうえ、令和〇年〇月〇日までに同封の返信用封筒によりご返送くださいますようお願い申し上げます。

なお、この調整をおこなった場合、調整した月の中旬に別紙4「診療報酬等過誤明細表」及び「支払額決定通知書」のとおり貴医療機関等へお知らせすることとしています。

部 署 : 審査業務部システム管理課  
請求支払係  
担 当 : 宮崎 浅田  
T E L : 092-642-7818

保険医療機関

〒000-0000  
〇〇市〇〇区〇〇〇〇    〇丁目〇番〇号

□□□□□□□□    医院    御中

別紙1

資格喪失後受診に対する国保保険者間の調整対象者一覧

令和〇年〇月〇日作成  
福岡県国民健康保険団体連合会

医療機関番号    4010000000

| 項番 | 科別    | 保険制度 | 本・家入・外 | 法別                                     |   |   |   | 診療年月 | 日数 | 決定<br>点数/金額 | 資格喪失した保険資格情報(振替え調整前)     |      |            |         | 備考 |
|----|-------|------|--------|----------------------------------------|---|---|---|------|----|-------------|--------------------------|------|------------|---------|----|
|    |       |      |        | ①                                      | ② | ③ | ④ |      |    |             | 保険者番号                    | 保険者名 | 被保険者証記号・番号 |         |    |
|    |       |      |        |                                        |   |   |   |      |    |             | 被保険者資格を有する保険資格情報(振替え調整後) |      |            |         |    |
|    |       |      |        |                                        |   |   |   |      |    |             | 保険者番号                    | 保険者名 | 被保険者証記号・番号 |         |    |
| 1  | 内科    | 一般   | 本人     | 80                                     |   |   |   | 0204 | 10 | 1,000       | 00400000                 | 〇〇〇市 | A1         | 0000001 |    |
|    | 〇〇 太郎 |      |        |                                        |   |   |   |      |    |             | 00409999                 | △△町  | B2         | 0000002 |    |
| 2  |       |      |        |                                        |   |   |   |      |    |             |                          |      |            |         |    |
| 3  |       |      |        |                                        |   |   |   |      |    |             |                          |      |            |         |    |
| 4  |       |      |        |                                        |   |   |   |      |    |             |                          |      |            |         |    |
| 5  |       |      |        |                                        |   |   |   |      |    |             |                          |      |            |         |    |
| 6  |       |      |        |                                        |   |   |   |      |    |             |                          |      |            |         |    |
| 7  |       |      |        |                                        |   |   |   |      |    |             |                          |      |            |         |    |
| 8  |       |      |        |                                        |   |   |   |      |    |             |                          |      |            |         |    |
| 9  |       |      |        |                                        |   |   |   |      |    |             |                          |      |            |         |    |
| 10 |       |      |        |                                        |   |   |   |      |    |             |                          |      |            |         |    |
| 11 |       |      |        |                                        |   |   |   |      |    |             |                          |      |            |         |    |
| 12 |       |      |        |                                        |   |   |   |      |    |             |                          |      |            |         |    |
| 13 |       |      |        |                                        |   |   |   |      |    |             |                          |      |            |         |    |
| 14 |       |      |        |                                        |   |   |   |      |    |             |                          |      |            |         |    |
| 15 |       |      |        |                                        |   |   |   |      |    |             |                          |      |            |         |    |
| 16 |       |      |        |                                        |   |   |   |      |    |             |                          |      |            |         |    |
| 17 |       |      |        |                                        |   |   |   |      |    |             |                          |      |            |         |    |
| 18 |       |      |        |                                        |   |   |   |      |    |             |                          |      |            |         |    |
| 19 |       |      |        | 帳票サンプルにつき、今後のシステム開発によって一部変更がある場合があります。 |   |   |   |      |    |             |                          |      |            |         |    |
| 20 |       |      |        |                                        |   |   |   |      |    |             |                          |      |            |         |    |

帳票サンプルにつき、今後のシステム開発によって一部変更がある場合があります。

資格喪失後受診に対する国保保険者間による調整の承諾について  
(包括的合意に基づく国保保険者間調整)

令和      年      月      日

住                      所

医 療 機 関 コ ー ド

保険医療機関等名称

開      設      者      名

印

- 1 別紙 1 「資格喪失後受診に対する国保保険者間の調整対象者一覧」の診療報酬等明細書等を国保連合会が被保険者が受診時に有していた正しい資格情報に訂正のうえ、保険医療機関等に代わって請求すること（包括的合意に基づく国保保険者間調整）について、次のとおり意思表示します。

承諾する

承諾しない

- 2 今後、資格喪失後受診に対する包括的合意に基づく国保保険者間調整の事例が発生した場合、国保連合会が被保険者が受診時に有していた正しい資格情報に訂正のうえ、保険医療機関等に代わって請求すること（包括的合意に基づく国保保険者間調整）について、次のとおり意思表示します。

承諾する

承諾しない

福岡市博多区吉塚本町 13 番 47 号

福岡県国民健康保険団体連合会

理事長 永 原      譲      二      あて

記載例

資格喪失後受診に対する国保保険者間による調整の承諾について  
(包括的合意に基づく国保保険者間調整)

記入日を記載してください。

令和 2 年 5 月 1 日

住 所 福岡市博多区吉塚本町 13 番 47 号

住所、医療機関コード、保険医療機関等名称、開設者名を記入して下さい。

医療機関コード 1 2 3 . 4 5 6 . 7

保険医療機関等名称 国 保 診 療 所

開 設 者 名 国 保 太 郎

印

- 1 別紙 1 「資格喪失後受診に対する国保保険者間の調整対象者一覧」の診療報酬等明細書等を国保連合会が被保険者が受診時に有していた正しい資格情報に訂正のうえ、保険医療機関等に代わって請求すること（包括的合意に基づく国保保険者間調整）について、次のとおり意思表示します。

承諾する

承諾しない

調整対象者一覧の診療報酬等明細書等に対する包括的合意に基づく国保保険者間調整の実施に関する意思表示をお願いします。

なお、「承諾しない」と意思表示いただいた場合、当該調整は実施いたしません。

- 2 今後、資格喪失後受診に対する包括的合意に基づく国保保険者間調整の事例が発生した場合、国保連合会が被保険者が受診時に有していた正しい資格情報に訂正のうえ、保険医療機関等に代わって請求すること（包括的合意に基づく国保保険者間調整）について、次のとおり意思表示します。

承諾する

承諾しない

今後、資格喪失後受診に対する包括的合意に基づく国保保険者間調整の事例が発生した場合の当該調整の実施に関する意思表示をお願いします。

なお、「承諾しない」と意思表示いただいた場合、当該事例の発生の都度、本通知によるご依頼をいたします。

福岡市博多区吉塚本町 13 番 47 号

福岡県国民健康保険団体連合会

理事長 永 原 譲 二 あて

## ● 振替え調整したレセプトのお知らせ【診療報酬等過誤明細表の印字例】

### ①保険者(公費実施者)番号、記号番号、名称欄

振替え調整前の資格情報(請求時にレセプト記載の喪失していた資格情報)を印字します。

### ②備考欄

振替え調整後の保険者番号を印字します。

| 令和〇年〇月診療分 診療報酬等過誤明細表           |         |      |             |       |        |    |            |                |                  |             |           |                   |                  |                |                 |    |              |
|--------------------------------|---------|------|-------------|-------|--------|----|------------|----------------|------------------|-------------|-----------|-------------------|------------------|----------------|-----------------|----|--------------|
| 下記のとおり過誤がありましたので 月診療分で調整いたします。 |         |      |             |       |        |    |            |                |                  |             |           |                   |                  |                |                 |    |              |
| 保険者(公費負担者)                     |         | 給付割合 | ④<br>・<br>⑤ | 本・家区分 | 診療年月   | 件数 | 日数<br>(回数) | 点数・金額<br>(基準額) | 一部負担金<br>(標準負担額) | 公費負担者<br>番号 | 受給者<br>番号 | 公費分点数・金額<br>(基準額) | 患者負担額<br>(標準負担額) | 患者負担額<br>給付外の額 | 過誤金額            | 事由 | 備考           |
| 番号                             | 記号番号・名称 |      |             |       | 氏名     |    |            |                |                  |             |           |                   |                  |                |                 |    |              |
| 400000                         | 〇〇市     |      |             |       | 202004 | 1  | 10         | 1000           |                  |             |           |                   |                  |                | 10000           | 5  | 保険者409999に振替 |
| 振替え調整前の資格情報を印字                 |         |      |             |       |        |    |            |                |                  |             |           |                   |                  |                | 振替え調整後の保険者番号を印字 |    |              |
| ※国保合計※ 国保一般                    |         |      |             |       |        | 1  |            |                |                  |             |           |                   |                  |                |                 |    |              |
| 国保小計                           |         |      |             |       |        | 1  |            |                |                  |             |           |                   |                  |                |                 |    |              |
| ※ 総合計 ※                        |         |      |             |       |        | 1  |            |                |                  |             |           |                   |                  |                | 10000           |    |              |

## ● 振替え調整した金額のお知らせ【支払額決定通知書の印字例】

振替え調整した金額を決定額にプラスし、過誤調整額をマイナスのうえ印字し、保険医療機関等への支払額(確定額)には変更はありません。

| 診療(調剤)報酬等支払額決定通知書                                                                                                                            |           |            |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|-----------|
| 令和〇年〇月〇日作成<br>福岡県国民健康保険団体連合会                                                                                                                 |           |            |           |
| 令和 〇 年 〇 月請求分 ( 〇 月診療分)                                                                                                                      |           |            |           |
| 保険医療機関コード                                                                                                                                    | 被振込銀行     | 振込日        |           |
|                                                                                                                                              |           |            |           |
| 振替え調整前の決定額、過誤調整額及び確定額の印字例                                                                                                                    |           |            |           |
| 区 分                                                                                                                                          | 決定額<br>円  | 過誤調整額<br>円 | 確定額<br>円  |
| 一般                                                                                                                                           | 1,000,000 | 0          | 1,000,000 |
| 端数                                                                                                                                           |           |            |           |
| 小計                                                                                                                                           | 1,000,000 | 0          | 1,000,000 |
|                                                                                                                                              |           |            |           |
| 【振替え調整した金額が、10,000円の事例】                                                                                                                      |           |            |           |
| 振替え調整後の決定額、過誤調整額及び確定額の印字例                                                                                                                    |           |            |           |
| 区 分                                                                                                                                          | 決定額<br>円  | 過誤調整額<br>円 | 確定額<br>円  |
| 一般                                                                                                                                           | 1,010,000 | -10,000    | 1,000,000 |
| 端数                                                                                                                                           |           |            |           |
| 小計                                                                                                                                           | 1,010,000 | -10,000    | 1,000,000 |
|                                                                                                                                              |           |            |           |
| <div>決定額に、振替え調整した金額(10,000円)をプラスします。</div> <div>過誤調整額に振替え調整した金額(10,000円)をマイナスします。</div> <div>決定額と過誤調整額の相殺により、医療機関等への支払額(確定額)に変更はありません。</div> |           |            |           |