

ひとり親家庭医療費助成事業にかかる レセプトの提出について

宮崎県国民健康保険団体連合会

○ ひとり親家庭医療費助成事業に係る請求支払の概要

1. 給付内容（入院のみ）

（1）保険給付対象の一部負担金相当額

（例）7割給付の場合の3割分

[02:長]の場合は10,000円（但し、[16:長]については20,000円）

（2）公費負担医療に対する一部負担金額

※ 入院時食事療養費及び入院時生活療養費は、該当しません。

2. 受給者負担

レセプト1件あたり 1,000円

ただし、一部の市町村については助成内容について独自に定めている場合があります。

3. 請求先

宮崎県国民健康保険団体連合会

※平成25年5月受付分から社保併用分については社会保険診療報酬支払基金宮崎支部に提出することとなっています。

4. 請求締切日

毎月 10日

5. 支払方法

宮崎県国民健康保険団体連合会から診療報酬と一緒に指定された口座に振り込みます。

○ ひとり親家庭医療費助成事業に係る請求要領

1. 請求方法

公費負担医療に準じた請求とします。

2. 医療番号の設定

医療番号を「88」とします。

（例 宮崎市の公費実施者番号 88450010）

参考

8	8	4	5	0	0	1	0
法 番	別 号	都道府県 番 号	実施機関 番 号	検証 番号			

3. レセプト等の作成

国保と併用の場合

受給資格証に記載された公費負担者番号、受給者番号、一部負担金（1,000円等）等をレセプトに追加転記します。

請求書の公費欄にひとり親家庭医療分を集計します。

4. その他

ひとり親家庭医療費助成事業自体の問合せについては、宮崎県子ども家庭課か、各県内市町村の担当課に問合せください。

ひとり親家庭医療費受給資格者証	
受給者証番号	0 0 0 0 0 1 8
受給対象者	氏名 国保太郎 男(女)
	生年月日 昭和・平成 年 月 日生
	住所 ○○市下原町231番地1
有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
交付年月日	平成 年 月 日
自己負担額	(入院) 診療報酬明細書につき 1,000円/月 (入院外) 医療保険の一部負担金の額
発行機関名及び印	宮崎県 ○○市長
公費負担者番号	8 8 4 5 0 * * *

- ①受給者番号
必ず7桁を記載してください。
- ②自己負担額
公費欄の負担金額欄に記載してください。
- ③その他
市町村によっては、資格者証が世帯単位で発行されている場合があります。但し、受給者番号は1人にそれぞれ1つ付与されていますので、窓口での確認をお願いします。

診療報酬明細書 (医科入院)		都道府県番号	医療機関コード
平成20年10月分		45	1 1 社・国 1 単独 1 本入 7 高入- 医科 3 後期 2 2併 3 3併 5 5 六入- 4 4 退職 3 3併 5 5 家入 9 高入7
公費負担者番号	8 8 4 5 0 0 1 0	保険者番号	4 5 0 0 1 5 10 9 8 7
公費負担者番号	8 8 4 5 0 0 1 0	被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	
区分	精神 結核 療養	特記事項	
氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 生	医療機関の地名	
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害	診療開始日	
傷病名		病	
診療実日数		診療開始日	30 日
診療実日数		診療開始日	日
診療実日数		診療開始日	日
請求点	20,000	負担金額	90
請求点	20,000	負担金額	57,600
請求点	20,000	負担金額	23,400
請求点	20,000	負担金額	1,000
請求点	20,000	負担金額	1,000
請求点	20,000	負担金額	1,000

平成 年 月分診療報酬総括票

事務済印

審査済印

(医)

県内分 県外分

科目コード	保険医療機関	標榜科コード	保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名	〒 () ()
				TEL () ()

入 力 バ ッ チ							請求書枚数	明細書枚数	返戻枚数	(長)枚数	(原)枚数
県番号	決済コード	点数区分	種別コード	係コード	No.	ラスト	⑭	⑮	⑯	⑰	⑱
⑧	②	③	④	⑤	⑥	⑦					
45		1	1								

区 分	入 院		入 院 外	
	件 数	点 数	件 数	点 数
国 一 般				
退 職 者				
保 老 人 (月 遅 れ)				
合 計				

※ 国保分の総括票には、「ひとり親家庭医療費」にかかる新たな記載はありません。

※高額
国保
後期
合計

後期				
総合計(国保+後期)				

担当者	入力年月日	担当者
	年 月 日	

記載事例 2 請求書(国保)

平成 年 月分診療報酬請求書(医科) (県内分)

(宮崎県)

保険者

県 市町村 殿

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

国保分(例)

印

下記の通り請求する。

平成 年 月 日

保険者番号					県番号		医療機関コード					表別				
4	5	0	0	1	5	4	5	*	*	*	*	*	*	*	医科	1

区分	療養の給付				食事療養・生活療養								
	件数	日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額					
一般	七〇歳以上 一般・低所得	請求	入院	21									
			入院外	22									
		※決定	入院										
			入院外										
	七〇歳以上七割	請求	入院	23									
			入院外	24									
		※決定	入院										
			入院外										
	一般被保険者	請求	入院	25	2	60	40,000						
			入院外	26									
		※決定	入院										
			入院外										
六歳	請求	入院	27										
		入院外	28										
	※決定	入院											
		入院外											
退職者	本人	請求	入院	29									
			入院外	30									
		※決定	入院										
			入院外										
	被扶養者	請求	入院	35									
			入院外	36									
		※決定	入院										
			入院外										
	六歳	請求	入院	37									
			入院外	38									
		※決定	入院										
			入院外										
公費負担医療	公費番号 51 割合 3	請求	入院	43		20	10,000	4,500			60	38,400	15,600
			入院外	44									
		※決定	入院										
	公費番号 88 割合 3	請求	入院	45	2	60	40,000	2,000					
			入院外	46									
		※決定	入院										
	入院外												

様式第六

公費の欄に再計上します。 ひとり親家庭医療は食事・生活療養費を給付しないので計上しません。

備考

※高額療養費	一般被保険者	件数	金額	円	退職者	件数	金額	円
--------	--------	----	----	---	-----	----	----	---

注1. この用紙は、A列4番とすること。
注2. ※印の欄は、記入しないこと。

記載事例 3 国保一般の場合

様式第二(一) (第二条関係)

○ 診療報酬明細書 (医科入院)

都道府県番号: _____ 医療機関コード: _____

平成 年 月 分

1 医科	① 社・国 2 公費	3 後期 4 退職	1 単独 ② 2 併 3 3 併	① 本入 3 六入 5 家入	7 高入 9 高入7
------	---------------	--------------	------------------------	----------------------	---------------

保険者番号	4	5	0	0	1	5	給付割合	10	9	8
								7	()	

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

公費負担者番号①	8	8	4	5	0	0	1	0	公費負担医療の受給者番号①	0	0	0	0	0	1	8
公費負担者番号②									公費負担医療の受給者番号②							

区分	精神	結核	療養	特記事項
氏名				
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害			

傷病名	(1)	(2)	(3)	診療開始日	(1)	年	月	日	転	治	死	中	診	保
														険
														公
														費
														①
														公
														費
														②
														日
														数
														①
														公
														費
														②
														日
														数

現在の記載項目にひとり親家庭医療にかかる必要項目を追加記載します。

ひとり親家庭医療は食事・生活療養費を給付しないので、「0」を記載します。

療養の給付	請求点	※	決定点	負担金額	円	保	回	請求	円	※	決定	円	(標準負担額)	円
公費①	20,000			減額 割(円)免除・支払猶予		険	90	57,600					23,400	
公費②				1,000	円	公	0	0	円	※		円	0	円
					円	費			円			円		円

■ 国保一般(7割)のイメージ

現在の請求分に矢印の分を追加記載し、請求します。

- ・保険者負担 (療養の給付) $20,000 \text{点} \times 10 \times 0.7 = 140,000 \text{円}$
(食事・生活療養) $57,600 \text{円} - 23,400 \text{円} = 34,200 \text{円}$
- ・ひとり親家庭医療負担 $20,000 \text{点} \times 10 \times 0.3 - 1,000 \text{円} = 59,000 \text{円}$
- ・患者負担 $1,000 \text{円} + (\text{標準負担額}) 23,400 \text{円}$

記載事例 4 国保と公費併用の場合(法別51)

様式第二(一)(第二条関係)

○ 診療報酬明細書 (医科入院)

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	① 本入 3 六入 5 家入	7 高入- 9 高入7
------	---------------	--------------	----------------------	----------------------	----------------

平成 年 月 分

公費負担者番号①	5 1 4 5 6 0 2 8	公費負担医療の受給者番号①	0 0 0 0 0 1 8
公費負担者番号②	8 8 4 5 0 0 1 0	公費負担医療の受給者番号②	0 0 0 0 0 1 8

保険者番号	4 5 0 0 1 5	給付割合	10 9 8 7 ()
-------	-------------	------	-----------------

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

区分	精神 結核 療養	特記事項
氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . 生	
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害	

保険医療機関の所在地及び名称

傷病名	(1)	(2)	(3)	診療開始日	年 月 日	転	治ゆ	死亡	中止	診療実日数	30 日
										① 公費	20 日
										② 公費	30 日

ひとり親家庭医療は原則、保険と同日数、同点数ため、
保険点数と同点数を公費2の請求点数欄に
保険日数と同日数を公費2の日数欄に記載
してください。

療養の給付	請求点	決定点	負担金額 円	一回	請求円	決定円	(標準負担額) 円
保険	20,000		減額 割(円)免除・支払猶予	90	57,600		23,400
公費①	10,000		4,500	60	38,400		15,600
公費②	20,000		1,000	0	0		0

■ 国保一般(7割)と公費(51)との併用のイメージ

- ・保険者負担 (療養の給付) 20,000点 × 10 × 0.7 = 140,000円
(食事・生活療養) 57,600円 - 23,400円 = 34,200円
- ・公費(51)負担 10,000円 × 10 × 0.3 - 4,500円 = 25,500円 + (標準負担) 15,600円
- ・ひとり親家庭医療負担 (保険単独分) 10,000点 × 10 × 0.3 = 30,000円
(公費分) 4,500円 } 30,000円 + 4,500円 - 1,000円 = 33,500円
- ・患者負担 1,000円 + (標準負担額) 7,800円