

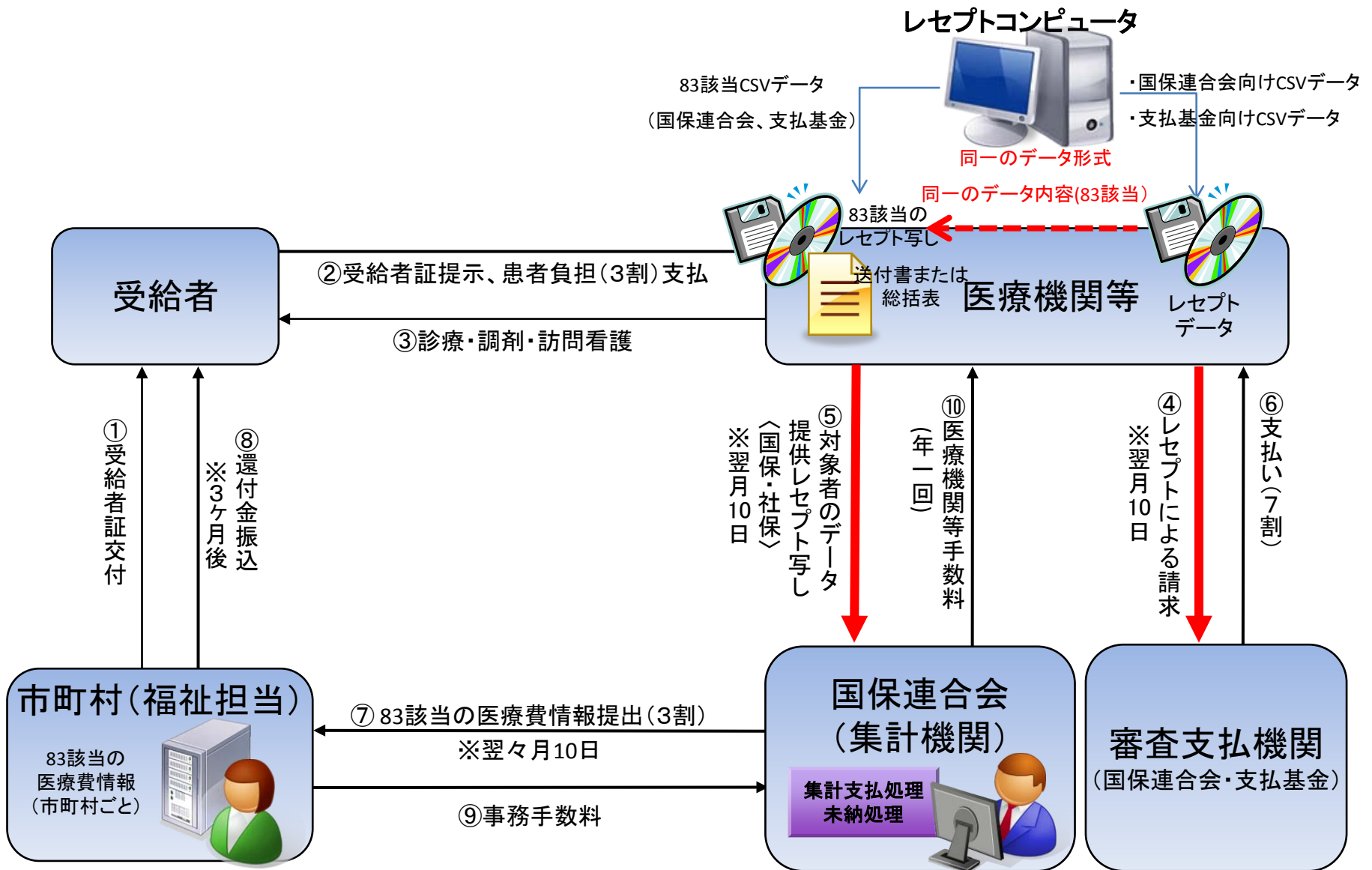
重度心身障害者医療費助成制度 医療機関等向け事務処理マニュアル

【自動還付方式】

目次

1. 自動還付方式における処理の流れ	2
1-1. 自動還付方式への移行に伴う変更点	3
1-2. 医療機関等における事務処理の流れ	4
2. 重度心身障害者医療費助成金受給資格者証	5
3. 診療報酬請求用レセプトへの記載について	6
3-1. レセプト(紙)への記録方法	7
4. 紙レセプト写しの作成および提出について	9
4-1. 紙レセプト写しの作成方法	10
4-2. 紙レセプト写し提出時の総括表作成方法	11
4-3. 国保連合会への提出	12
5. 電子レセプト写しの作成および提出について	13
5-1. 電子レセプト写しの作成方法	14
5-2. 電子レセプト写し提出時の送付書作成方法	15
5-3. 国保連合会への提出	18
6. レセプト写し提出時の注意事項	20
7. レセプト写し提出後の調整依頼(返金および追加徴収)	21
7-1. レセプト写し調整依頼連絡票の作成方法	22
7-2. レセプト写し調整依頼総括表の作成方法	23
8. 医療費未納情報表の送付について	24
8-1. 医療費未納情報表に関する処理の流れ	25
8-2. 医療費未納情報表送付のタイミング	26
8-3. 医療費未納情報表の作成方法	27
9. 国保連合会から医療機関等への送付書類について	28
10. 重度心身障害者事務費手数料について	29
参考①: 公費負担者番号一覧	30
参考②: 帳票類ダウンロード用Webサイト	31
別紙1. 提出用の帳票フォーマット	
別紙2. 国保連合会からの医療機関等への送付書類フォーマット	

1.自動還付方式における処理の流れ



※医療費患者負担3割の受給者における例

1-1.自動還付方式への移行に伴う変更点

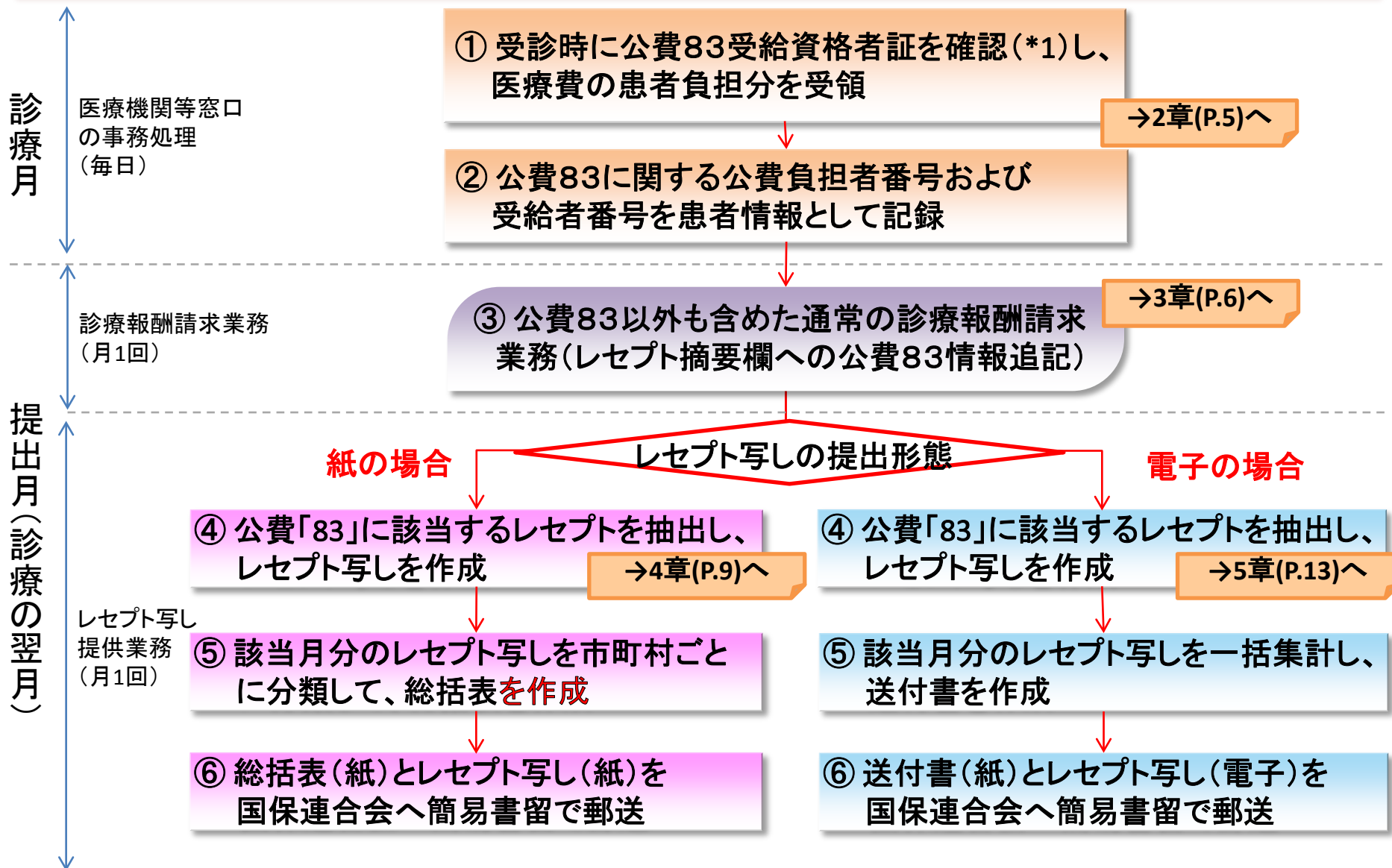
自動還付方式への移行に伴う変更点

- ・医療機関等は重度心身障害者医療費助成の受給資格者から医療費の患者負担分を受領します。
- ・レセプトの公費欄には、公費83に関する公費負担者番号および受給者番号は記載できなくなります。(公費83は、レセプト上は公費扱いではなくなりますので、レセコンは事前の設定変更が必要です。)代わりに、摘要欄等の指定した範囲(電子の場合は摘要欄に該当するレコード)に追記してください。
- ・公費83対象のレセプトを抽出し、診療報酬、調剤報酬、及び訪問看護療養費(以下、一括して「診療報酬」という。)請求と同一のレセプト写しを作成してください。

自動還付方式への移行後も変わらない点

- ・重度心身障害者医療費助成事業(公費83)に関する受給資格者証、およびそこに記載される公費負担者番号、受給者番号については、自動還付方式への移行後も継続して利用します。
- ・乳幼児医療費助成事業(公費81)およびひとり親家庭医療費助成事業(公費82)については窓口無料方式を継続します。引き続き公費負担者番号と受給者番号を公費欄に記入してください。

1-2. 医療機関等における事務処理の流れ



*1: 保険薬局につきましては処方せんに公費負担者番号等の記載が無くなりますので、必ず受給資格者証の確認をお願いします⁴

2. 重度心身障害者医療費助成金受給資格者証

医療機関等の窓口で受給者が受給資格者証(図参照)を提示した場合に限り、自動還付方式による助成の対象とします。

この受給資格者証は市町村の窓口で原則として1年に1回、申請または更新の手続きをした受給者に対して交付されます。

(定期更新は毎年11月1日)

県内の医療機関等においては窓口で受給資格者証を確認し、有効期限内である場合に限り、「公費負担者番号(8桁)」および「受給者番号(7桁)」を記録していただくこととなります。

受給資格者証の様式は右記のとおり。現行の受給資格者証に2箇所のみ、自動還付方式を示す追記を行います。

※レセプトコンピュータをご利用の場合、公費83はレセプト上は公費扱いではなくなりますので、事前の設定変更が必要です。
→詳細はご利用のレセコン開発会社、又は販売代理店、保守契約店から提供される操作説明書等をご確認ください。

〇〇〇市(町村)		【自動還付方式】	
重度心身障害者医療費助成金受給資格者証			
※この受給資格者証は、医療機関・薬局での医療費支払いが必要です。(自動還付)			
公費負担者番号	8	3	1 9
受給者番号			
被保険者証の記号番号			
保険種別			
保険者番号			
受給者	住所		
	氏名		性別
	生年月日		
有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
〇〇〇市(町村)長 ○印			
交付年月日	年 月 日		

3.診療報酬請求用レセプトへの記載について

重度心身障害者医療費に係るレセプト記録方法について、平成26年11月の制度移行後は受給資格者から医療費の患者負担分を受領するため、レセプトの公費欄には公費83に関する公費負担者番号および受給者番号は記載できなくなります。代わりに、摘要欄等の指定した範囲(電子レセプトの場合はコメントレコード)に公費情報を追記してください。

■ 医療機関等窓口での受給者情報の登録

新規の場合は受給資格者証を確認した上で、公費負担者番号と受給者番号を記録します。(レセプトコンピュータを利用している医療機関等については、レセコンに登録します。)

その後は、受診の際に窓口で受給資格者証を確認して、変更があれば反映することになります。

➤ レセプトへの追記方法(紙レセプトの場合)

公費番号83に該当する受給者のレセプトに対して、摘要欄等の指定した範囲に公費負担者番号と受給者番号の記載をお願いします。(詳細については3-1章参照)

※紙レセプトへの追記については、レセプトコンピュータ改修で印字対応可能な製品もあるため、詳細はご利用のレセコン開発会社、販売代理店、又は保守契約店から提供される操作説明書等のご確認をお願いします。

➤ レセプトへの追記方法(電子レセプトの場合)

レセコンに受給者情報を登録することで、レセプト作成時にコメントレコード(調剤の場合は摘要欄レコード)へ必要情報が追記されるよう、レセプトコンピュータの改修で対応していただきます。製品により操作方法が異なることから、詳細につきましてはご利用のレセコン開発会社、販売代理店、又は保守契約店から提供される操作説明書等のご確認をお願いします。

3-1. レセプト(紙)への記録方法(医科/歯科/調剤)

公費83に該当する受給者のレセプトを抽出して、公費負担者番号と受給者番号を追記します。この際、記載場所は「摘要欄」の最上部とし、「●山梨県自動還付AAAAAAAAABBBBBBB」(*2)と記載をお願いします。なお、傷病名が摘要欄まで続く場合は傷病名を優先し、その後に記載をお願いします。

歯科レセプト

調剤レセプト

医科(入院外)レセプト

医科(入院)レセプト

※「AAAAAAAA」は公費負担者番号8桁です。
 ※「BBBBBBB」は公費受給者番号7桁です。

*2:「●(黒のマル印)」と「山梨県自動還付」の文言を先頭に必ず付けてください。

3-1. レセプトへの記録方法(DPC/訪問看護)

公費83に該当する受給者のレセプトを抽出し、公費負担者番号と受給者番号を追記します。この際、DPCについては記載場所を「出来高欄」の最上部、訪問看護では「保険医療機関の所在地および名称」の上部空欄部分とし、「●山梨県自動還付AAAAAAAABBBBBBB」(*2)と記載をお願いします。

※「AAAAAAAA」は公費負担者番号8桁です。
 ※「BBBBBBB」は公費受給者番号7桁です。

DPC

訪問看護

*2:「●(黒のマル印)」と「山梨県自動還付」の文言を先頭に必ず付けてください。

4. 紙レセプト写しの作成および提出について

重度心身障害者医療費に係る紙レセプト写し(医科、歯科、調剤、訪問看護)の作成方法について、記載します。

- ①診療報酬請求用レセプトのうち、公費83に該当する(摘要欄等の指定範囲に公費負担者情報および受給者情報が追記されている)レセプトを複製(コピー)してください。
この際、複製(コピー)したレセプトに対しては正規のレセプトとの混同を避けるため、レセプト写しにはピンク色の用紙を使用してください。(詳細については4-1章参照)
- ②総括表を作成してください。(詳細については4-2章参照)
- ③国保連合会へ提出してください。(詳細については4-3章参照)

4-1.紙レセプト写しの作成方法

3-1章で作成したレセプトのうち、公費83に該当する受給者のレセプトのみを複製(コピー)してください。

この際、正規のレセプトとの混同を避けるため、レセプト写しにはピンク色の用紙を使用してください。
 ※ピンク色の用紙が無い場合やレセプト写しの提出枚数が少数の場合などの代替策として、レセプト写しの保険医療機関等名称の右に朱書きで **83** の追記も可といたします。

山梨県自動選付AAAAAAAAABBBBBB

83

山梨県自動選付AAAAAAAAABBBBBB

83

医科(入院外)レセプト写しの例

4-3.国保連合会への提出（紙媒体による提出）

国保連合会へ郵送する紙媒体は、以下のように編綴してください。

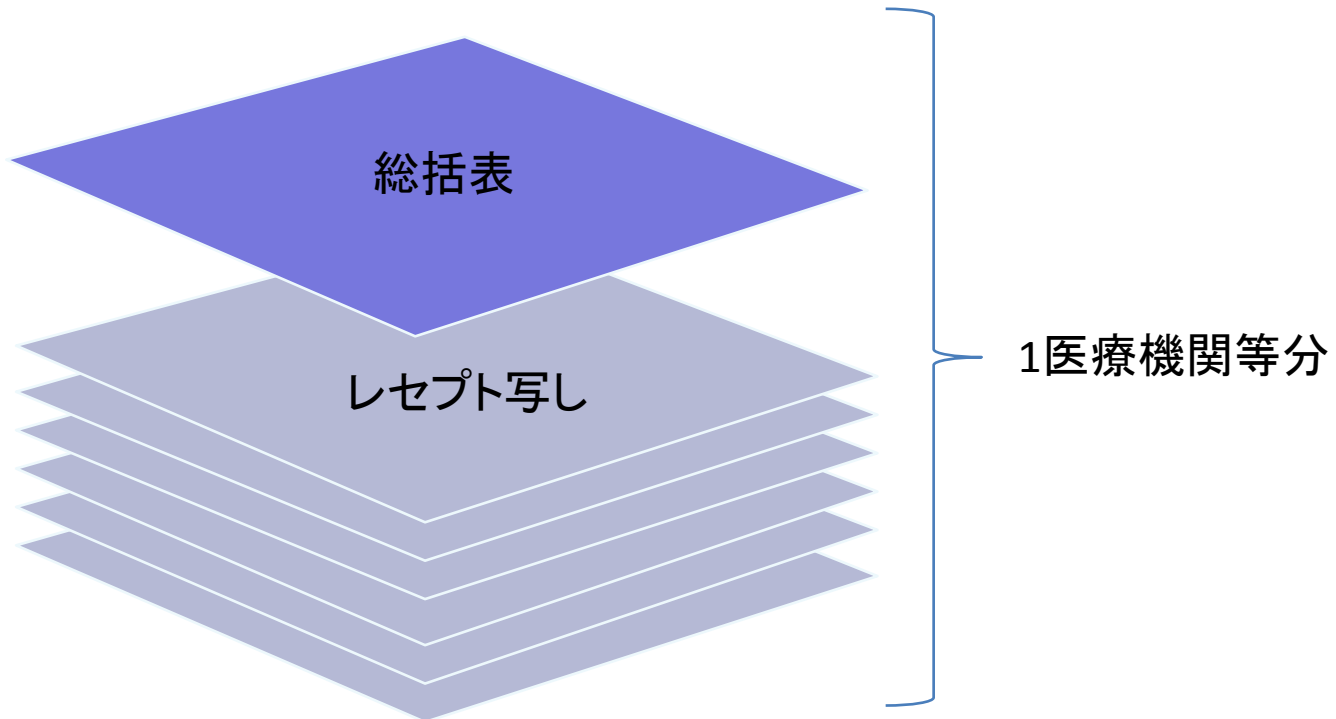
提出期限は毎月10日となります。

※提出した紙媒体は返却できませんので、ご了承ください。

※公費負担者番号順にしてください。

※月遅れ分は、先頭にしてください。

※国保連合会への持ち込みによる提出も受け付けいたします。



5. 電子レセプト写しの作成および提出について

重度心身障害者医療費に係る電子レセプト写し(医科、DPC、歯科、調剤)の作成方法について、記載します。

- ①レセプトコンピュータにて公費83に該当する(コメントレコード(調剤は摘要欄レコード)に公費負担者情報および受給者情報が追記されている)レセプトを抽出し、レセプト写しの電子ファイル(CSVファイル)を出力してください。
(詳細については5-1章参照)

- ②作成したレセプト写しのCSVファイルをCD-Rへ記録してください。

- ③送付書を作成します。この際、送付書には、総合計点数(GOレコード内記録と同様)とレセプト件数(REレコードのレセプト番号の末尾に相当)を記録してください。
(詳細については5-2章参照)

- ④国保連合会へ提出してください。(詳細については5-3章参照)

5-1. 電子レセプト写しの作成方法

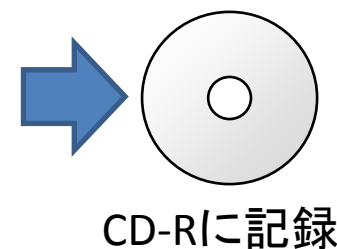
3-1章で作成したレセプトのうち、公費83に該当するレセプトを抽出し、以下の電子ファイルを電子レセプト写しとして作成した後、CD-Rに記録します。

※電子レセプト写しの作成処理については、レセプトコンピュータで行います。

製品により操作方法が異なることから、詳細につきましてはご利用のレセコン開発会社、販売代理店、又は保守契約店から提供される操作説明書等をご確認ください。

レセプトコンピュータから出力される電子レセプト写しのファイル名一覧

種別	レセプト提出先 ※レセプト写しはすべて 国保連合会へ提出します	ファイル名称
医科	支払基金分	JUDOC7.CSV
	国保連合会分	JUDOC8.CSV
DPC	支払基金分	JUDOD7.CSV
	国保連合会分	JUDOD8.CSV
歯科	支払基金分	JUDOS7.CSV
	国保連合会分	JUDOS8.CSV
調剤	支払基金分	JUDOY7.CSV
	国保連合会分	JUDOY8.CSV



5-2. 電子レセプト写し提出時の送付書作成方法(歯科)

レセプト写しを作成後、送付書へ必要情報を記載します。

① 該当年月を記載

電子レセプト写し送付書【歯科】
(重度心身障害者医療費助成用)

提出年月 平成 <input style="width: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px;" type="text"/> 月	保険医療機関コード 1 9 3 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
保険医療機関所在地及び名称 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">印</div>	
担当者及びデータ内容に係る問い合わせ電話番号 担当者 <input style="width: 100px;" type="text"/> tel <input style="width: 100px;" type="text"/>	

歯 科

支払基金分 JUDOS7. CSV (審査支払コード7)	
レセプト写し件数 <input style="width: 80px;" type="text"/>	件
合計点数 <input style="width: 80px;" type="text"/>	点

国保連合会分 JUDOS8. CSV (審査支払コード8)	
レセプト写し件数 <input style="width: 80px;" type="text"/>	件
合計点数 <input style="width: 80px;" type="text"/>	点

※紙レセプト写し分につきましては、この送付書には含めず「紙レセプト写し総括表」に記載願います。

② 保険医療機関等番号を記載

③ 医療機関等情報を記載し、捺印

④ 担当者名と問合せ先電話番号を記載

⑤ 審査支払機関ごとのレセプト写し件数、合計点数を記載

Point

レセプト写し件数・・・CSVファイルに含まれるレセプト写し件数(REレコードのレセプト番号の末尾に相当)を記載します。
 ※診療報酬請求書レコード(GOレコード)の総件数とは異なりますので、ご注意ください。
 合計点数・・・診療報酬請求書レコード(GOレコード)の総合計点数と同様の値を記載してください。

5-3. 国保連合会への提出（CD-Rによる提出）

国保連合会へ提出する磁気媒体は原則CD-Rとします。また、提出期限は毎月10日です。
（レセプトのオンライン請求を行っている医療機関等は10日消印有効といたします）
※USBデバイスおよびフラッシュメモリ等の記憶媒体での提出は不可といたします。
※提出した磁気媒体は返却できませんので、ご了承ください。
※国保連合会への持ち込みによる提出も受け付けいたします。

送付書



ファイル名 : 重度心身障害者レセプト写しデータ
保険医療機関等コード：19XXXXXXXXX(10桁)
保険医療機関等名称 : ○○医院(薬局)

診療年月 : 平成 年 月分
提出年月日 : 平成 年 月 日

- CD-Rのレーベル面にシール等ラベルを貼付せずに、フェルトペン等により記入をお願いします。
- 保険医療機関等コードはデータに記録されている10桁コードといたします。

5-3. 国保連合会への提出(フロッピーディスクまたはMOによる提出)

CD-ROMドライブ(外部記憶装置)が無いなど、やむを得ない場合につきましては3.5インチフロッピーディスク又はMOによる提出も可といたします。

送付書

重度心身障害者レセプト写しデータ
19XXXXXXXX
〇〇医院

診療年月 : 平成 年 月分
提出年月日: 平成 年 月 日

ファイル名 : 重度心身障害者レセプト写しデータ
保険医療機関等コード: 19XXXXXXXX(10桁)
保険医療機関等名称 : 〇〇医院(薬局)
診療年月 : 平成 年 月分
提出年月日 : 平成 年 月 日

- 保険医療機関等コードはデータに記録されている10桁コードといたします。

6.レセプト写し提出時の注意事項

- ①医療費の患者負担分が発生しない(受給者が窓口で支払わない)レセプト写しの除外
医療費の患者負担分が全く発生せず、保険と公費83以外の他公費ですべての医療費が支払われるレセプトについては、公費83の医療費助成が発生しないため、レセプト写しを送付する必要がありません。このため、上記に該当するレセプト写しは除外してください。

例：公費83受給者にて、公費51(特定疾患治療研究事業)との併用レセプト
社保(7割) + 公費①51(自己負担なし) + 公費②83(重心)
総医療費 50,000円
公費51の月額自己負担限度額 0円
の場合

	請求	決定	負担金額
保険	5,000		
公①	5,000		0
公②			

提出除外してください



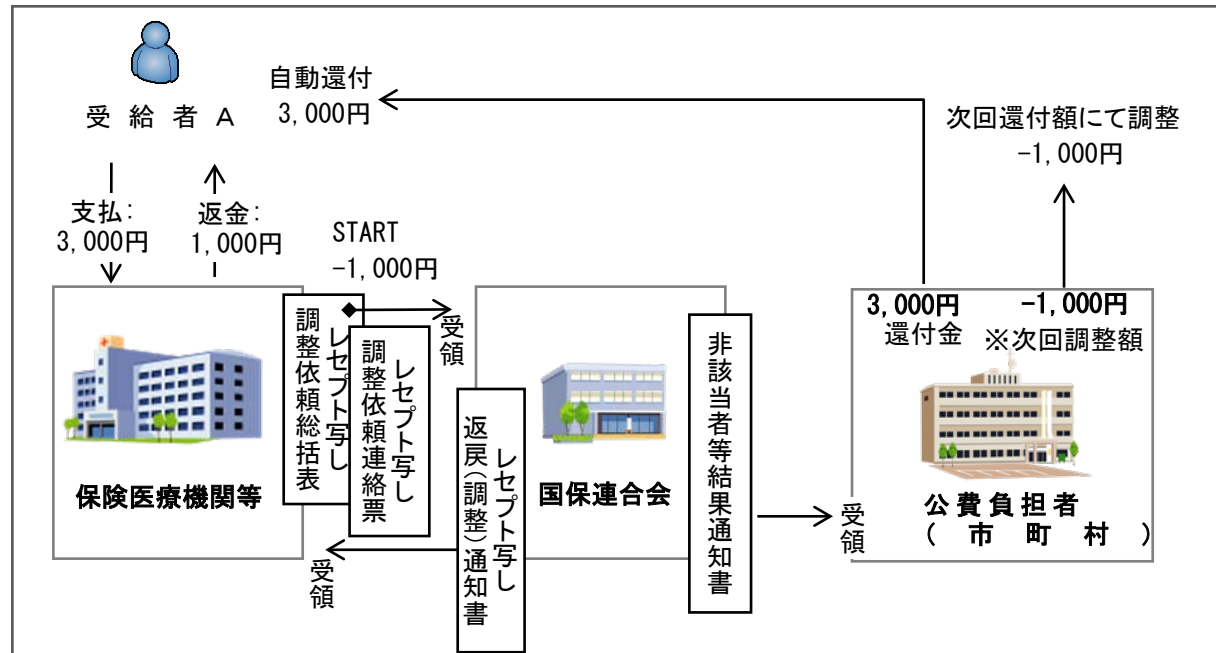
- ②同一月中に異なる公費負担者番号の受給資格者証が提示された場合について
受給資格者証を申請した月は自動還付方式ではなく償還払い(領収書を市町村の窓口)に提出して還付手続きを行う)とし、新たな受給資格者証を利用しない前提ですが、同一の月内で、もし新しい受給資格者証が提示された場合は、その月のレセプト写しは全て最新の登録情報(公費負担者番号および受給者番号)として提出してください。

7. レセプト写し提出後の調整依頼（返金および追加徴収）

概 要

レセプト及びレセプト写しを提出した後に、審査支払機関による査定等により、受給者に対し返金または追加徴収を行った場合は、「レセプト写し調整依頼連絡票」及び「レセプト写し調整依頼総括表」を作成していただき、国保連合会への情報提供をお願いいたします。国保連合会は、当該資料を元に市町村に対し返金および追加徴収の情報（非該当者等結果通知書）を提供し、市町村はその情報を用いて受給者への支給額の調整を行います。また、医療機関等に対しても、レセプト写し返戻（調整）内訳書を作成し、送付いたします。

処理フロー



8. 医療費未納情報表の送付について

概 要

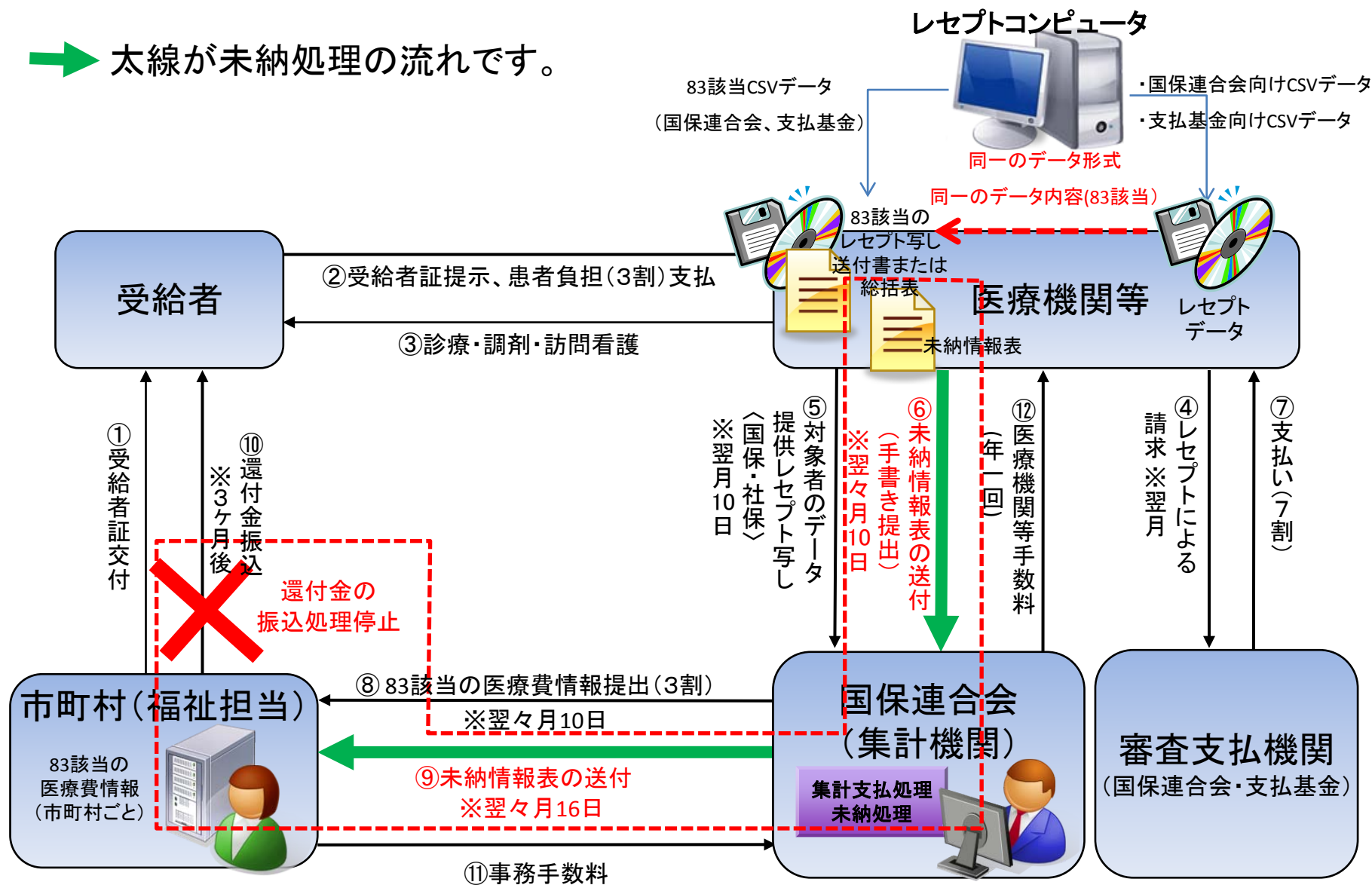
自動還付方式では、診療報酬(調剤報酬、訪問看護療養費)請求用のレセプトから公費83該当者分のみを抽出し、レセプト写しとして国保連合会に送付する仕組みであるため、医療機関等の窓口で医療費の患者負担分が未納の場合でもレセプト写しは送付されます。

レセプト写しが国保連合会に送付されると、市町村から医療費が未納の受給者の口座へ自動還付されてしまうことから、市町村は未納情報を把握し、該当受給者の自動還付を停止して医療費が支払われた後の窓口償還払いに切り替える必要があります。

そこで医療機関等の皆様には、受給者において医療費の未納が発生した場合に限り、医療費未納情報表を作成して国保連合会への情報提供をお願いいたします。

8-1. 医療費未納情報表に関する処理の流れ

→ 太線が未納処理の流れです。

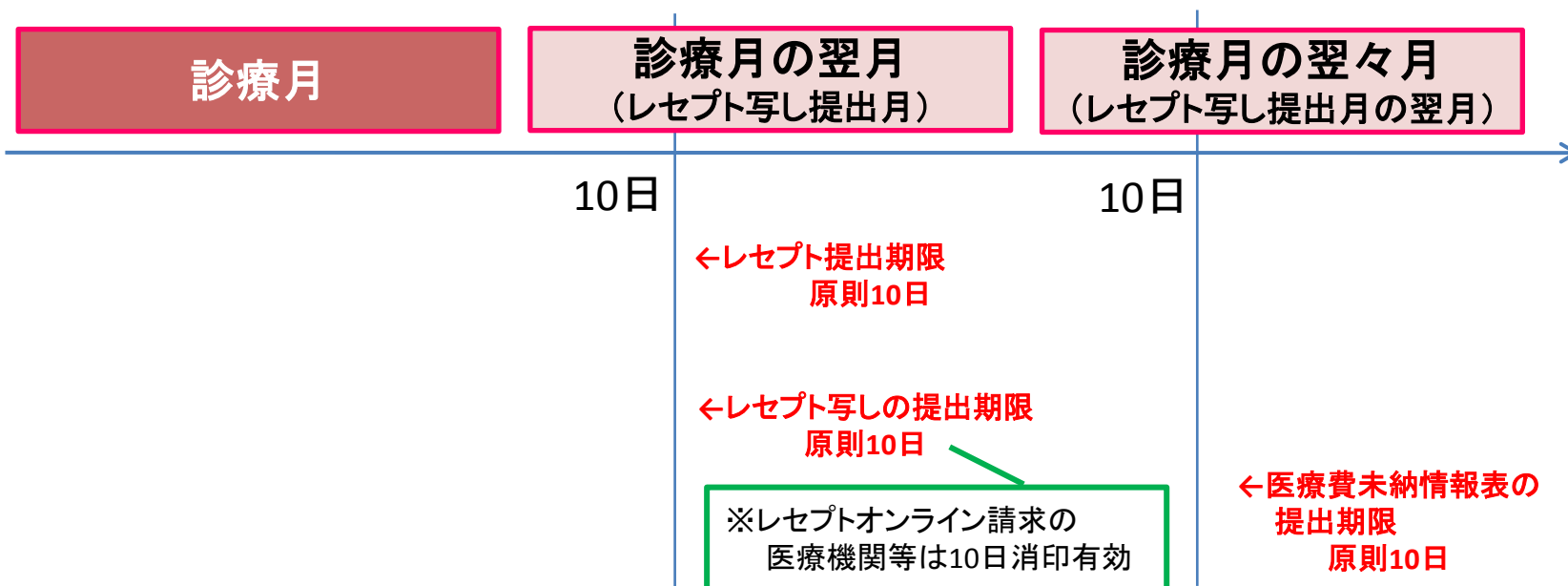


※医療費患者負担3割の受給者における例

8-2. 医療費未納情報表送付のタイミング

医療費未納情報表は、診療月の翌々月(レセプト写し提出月の翌月)10日までに国保連合会へ郵送していただきます。レセプト写し(磁気媒体または紙媒体)に同封しての送付をお願いいたします。

※入院されている方の医療費が診療月の翌月請求となること、銀行振り込みやカード決済等で支払確認が翌月末ごろになる場合もあることを考慮し、診療月の翌々月(レセプト写し提出月の翌月)10日までの提出期限となっております。外来のみなど、診療翌月の10日までに提出可能な医療機関等につきましても、診療月の翌々月(レセプト写し提出月の翌月)での医療費未納情報表のご提出をお願いいたします。



8-3. 医療費未納情報表の作成方法

医療費の支払いが無い受給者について、医療費未納情報表へ必要情報を記載しての提出をお願いいたします。

なお、医療費未納情報表が提出された場合、該当する受給者については、自動還付方式から償還払いに移行となります。

このため、医療費未納情報表作成後に支払があった場合でも、医療機関等から特に報告をいただく必要はありません。

【注意事項】

※市町村(公費負担者番号)ごとに分けて作成してください。

※医科で、同月に同一受給者で入院・入院外の両方のレセプト写しを作成した場合は、備考欄に入外コードを記載してください。

※調剤で、同月に同一受給者で処方箋発行医療機関が異なるレセプト写しを作成した場合は、備考欄に処方箋発行医療機関名を記載してください。

※帳票につきましては、Excel形式及びPDF形式の電子ファイルで提供します。ダウンロードして印刷してください。

(ダウンロード先はP.31 参考②を参照)

医療費未納情報表
(重度心身障害者医療費助成用)

① 該当年月を記載

提出年月
平成 年 月

② 公費負担者番号を記載

公費負担者番号
8 3 1 9

③ 保険医療機関等番号を記載

保険医療機関等コード
1 9

保険医療機関等所在地及び名称

⑦ 当月の提出枚数を記載

今月の提出枚数
枚目/全 枚

④ 医療機関等情報を記載し、捺印

担当者及びデータ内容に係る問い合わせ電話番号

担当者 tel

⑤ 担当者名と問合せ先電話番号を記載

項番	診療年月	受給者番号	医療保険種別	被保険者証の記号・番号	備考
1					
2					
3					
4					
14					
15					

⑥ 該当者の情報を記載

- 診療年月
- 受給者番号
- 保険種別 (国保/後期/退職/社保)
- 被保険者証の記号・番号
- 備考(特記事項あれば)

※窓口患者負担金が未納となっている場合に、この帳票を作成してください。
 ※公費負担者番号ごとに記入し、レセプト写し提出月の翌月10日までに国保連合会にご提出ください。
 ※診療年月は、和暦(年号は省略可)で「〇年〇月」と記載してください。
 ※医療保険種別は、「社保」「国保」「後期」「退職」を記載してください。
 ※医科で、同月に同一受給者で入院・入院外の両方のレセプト写しを作成した場合は、備考欄に「入院」または「外来」を記載してください。
 ※調剤で、同月に同一受給者で処方箋発行医療機関が異なるレセプト写しを作成した場合は、備考欄に処方箋発行医療機関名を記載してください。

9. 国保連合会から医療機関等への送付書類について

国保連合会から医療機関等へ送付する各種帳票について、以下にまとめます。

帳票No	帳票等名称	送付時期		帳票内容(概要)
		月次	年次	
別紙2-1 No.6	レセプト写し提出事務手数料決定 通知書	○		当該月のレセプト写し情報等の処理決定件数及び手数料等を報告します。
別紙2-2 No.7	レセプト写し提出事務手数料振込 通知書		○	保険医療機関等に支払う事務手数料等を報告します。
別紙2-3 No.8	レセプト写し提出事務処理結果内 訳書	○		当該月のレセプト写し情報等の処理決定件数、窓口負担額が発生しない件数及び情報を報告します。
別紙2-4 No.9	レセプト写し総括表(送付書)集計 結果通知書	○		提出された総括表(送付書)とレセプト写しの集計を行ない、差異が見つかった場合に、その内容を報告します。
別紙2-5 No.10	レセプト写し返戻(調整)内訳書	○		当該月に行なった返戻、件数調整及び差額調整の処理結果を報告します。

10. 重度心身障害者事務費手数料について

レセプト写し提出に伴う新たな医療事務に対しては、以下の手数料をお支払いします。上記手数料は診療報酬(調剤報酬、訪問看護療養費)の支払いとは別に年1回、年度末の3月末日までに、国保連合会を通じて支払います。

また、振込時の振込名称は「コクホレン(83テスウリヨウ)」の予定です。

なお、振込口座は国保連合会が診療報酬等を振込む口座と同様とさせていただきます。

手数料の内容	単価	備考
郵送料(月額)	494円	郵送料とCD-R代相当額
レセプト写し1件あたり 手数料	100円	国保連合会にレセプトの写し を提供していただく対価

参考①: 公費負担者番号一覧

重度心身障害者医療費助成制度の公費負担者番号は以下となります。

市町村名	コード	市町村名	コード
甲府市	83190017	身延町	83190736
富士吉田市	83190025	南部町	83190744
都留市	83190041	昭和町	83190793
山梨市	83190058	道志村	83190975
大月市	83190066	西桂町	83190983
韮崎市	83190074	忍野村	83190991
南アルプス市	83190082	山中湖村	83191007
北杜市	83190090	鳴沢村	83191049
甲斐市	83190108	小菅村	83191064
笛吹市	83190116	丹波山村	83191072
上野原市	83190124	富士河口湖町	83191080
甲州市	83190132	市川三郷町	83191098
中央市	83190140	富士川町	83191106
早川町	83190728		

参考②: 帳票類ダウンロード用Webサイト

平成26年6月15日(予定)に山梨県国民健康保険団体連合会のホームページ(<http://www.ymnkokuho.or.jp>)に公開しますので、情報のダウンロードをお願いいたします。

【 お問い合わせ先 】

□ 制度概要(1章・2章(P.2～P.5))

山梨県福祉保健部障害福祉課

心の健康担当

TEL:055-223-1495 FAX:055-223-1464

E-Mail: shogaifks-judo@pref.yamanashi.lg.jp

□ レセプト写し等提出事務(3章以降(P.6～P.31))

山梨県国民健康保険団体連合会

審査管理課 管理第三係

TEL:055-223-2112 FAX:055-233-1204

E-Mail: kanri3@ymnkokuho.or.jp

重度心身障害者医療費助成制度
医療機関等向け事務処理マニュアル

【自動還付方式】

別紙

帳票一覧

平成 26 年 5 月

Rev1.0

電子レセプト写し送付書【医科】

(重度心身障害者医療費助成用)

提出年月

平成 年 月

保険医療機関コード

1	9	1							
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

保険医療機関所在地及び名称

印

担当者及びデータ内容に係る問い合わせ電話番号

担当者	tel
-----	-----

医科

支払基金分

JUDOC7 . CSV
(審査支払コード7)

レセプト 写し件数	<input type="text"/>	件
--------------	----------------------	---

合計点数	<input type="text"/>	点
------	----------------------	---

国保連合会分

JUDOC8 . CSV
(審査支払コード8)

レセプト 写し件数	<input type="text"/>	件
--------------	----------------------	---

合計点数	<input type="text"/>	点
------	----------------------	---

DPC

支払基金分

JUDOD7 . CSV
(審査支払コード7)

レセプト 写し件数	<input type="text"/>	件
--------------	----------------------	---

合計点数	<input type="text"/>	点
------	----------------------	---

国保連合会分

JUDOD8 . CSV
(審査支払コード8)

レセプト 写し件数	<input type="text"/>	件
--------------	----------------------	---

合計点数	<input type="text"/>	点
------	----------------------	---

電子レセプト写し送付書【歯科】

(重度心身障害者医療費助成用)

提出年月

平成 年 月

保険医療機関コード

1	9	3							
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

保険医療機関所在地及び名称

印

担当者及びデータ内容に係る問い合わせ電話番号

担当者	tel
-----	-----

歯 科

支払基金分

JUDOS7 . CSV
(審査支払コード7)

レセプト 写し件数	<input type="text"/>	件
--------------	----------------------	---

合計点数	<input type="text"/>	点
------	----------------------	---

国保連合会分

JUDOS8 . CSV
(審査支払コード8)

レセプト 写し件数	<input type="text"/>	件
--------------	----------------------	---

合計点数	<input type="text"/>	点
------	----------------------	---

電子レセプト写し送付書【調剤】

(重度心身障害者医療費助成用)

提出年月

平成 年 月

保険調剤薬局コード

1	9	4							
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

保険調剤薬局所在地及び名称

印

担当者及びデータ内容に係る問い合わせ電話番号

担当者 tel

調 剤

支払基金分

JUDOY7 . CSV
(審査支払コード7)

レセプト 写し件数	<input type="text"/>	件
--------------	----------------------	---

合計点数	<input type="text"/>	点
------	----------------------	---

国保連合会分

JUDOY8 . CSV
(審査支払コード8)

レセプト 写し件数	<input type="text"/>	件
--------------	----------------------	---

合計点数	<input type="text"/>	点
------	----------------------	---

紙レセプト写し総括表

(重度心身障害者医療費助成用)

提出年月

平成 年 月

保険医療機関等コード

1	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

保険医療機関等所在地及び名称

印

担当者及びデータ内容に係る問い合わせ電話番号

担当者	tel
-----	-----

項番	公費負担者番号	市町村名	合計件数	合計点数	項番	公費負担者番号	市町村名	合計件数	合計点数
1	8319				15	8319			
2	8319				16	8319			
3	8319				17	8319			
4	8319				18	8319			
5	8319				19	8319			
6	8319				20	8319			
7	8319				21	8319			
8	8319				22	8319			
9	8319				23	8319			
10	8319				24	8319			
11	8319				25	8319			
12	8319				26	8319			
13	8319				27	8319			
14	8319				総 合 計				

訪問看護については点数欄に金額を記載してください。

電子レセプト写し分については、この総括表には含めず「電子レセプト写し送付書」に記載願います。

レセプト写し調整依頼連絡票

(重度心身障害者医療費助成用)

保険医療機関等コード

1	9										
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

対象者情報

診療年月

平成 年 月

公費負担者番号

8	3	1	9				
---	---	---	---	--	--	--	--

公費受給者番号

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

保険者番号

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

医療保険種別 (該当項目に)

1. 被用者保険 (社保)
2. 国保
3. 後期高齢者
4. 退職

本人家族入外区分 (該当項目に)

1. 本人 (世帯主) 入院
2. 本人 (世帯主) 外来
3. 未就学者入院
4. 未就学者外来
5. 家族 (その他) 入院
6. 家族 (その他) 外来
7. 高齢受給者一般 (低所得) 入院
8. 高齢受給者一般 (低所得) 外来
9. 高齢受給者7割入院
0. 高齢受給者7割外来

調整金額等情報

調整依頼内容 (該当項目に)

1. 返金 / 2. 追加徴収

窓口徴収額の増減調整

調整点数	<input type="text"/>	点
------	----------------------	---

調整金額

<input type="text"/>	円
----------------------	---

査定等により生じた請求点数及び窓口徴収額の差分を記載してください。

返金の場合は - (マイナス) 表記、追加徴収の場合は整数表記で記載してください。

訪問看護については点数欄に金額を記載してください。

備考

<input type="text"/>

査定等により窓口徴収額を受給者に返金または追加徴収を行った場合に、この帳票を作成してください。

レセプト1件毎に1枚を作成し、レセプト写し調整依頼総括表に集計の上、毎月10日までに国保連合会にご提出ください。

レセプト写し調整依頼総括表

(重度心身障害者医療費助成用)

提出年月

保険医療機関等コード

平成 年 月

1	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

保険医療機関等所在地及び名称

印

担当者及びデータ内容に係る問い合わせ電話番号

担当者	tel
-----	-----

項番	市町村名 公費負担者番号	調整件数	調整点数	調整金額	項番	市町村名 公費負担者番号	調整件数	調整点数	調整金額
1	8319				15	8319			
2	8319				16	8319			
3	8319				17	8319			
4	8319				18	8319			
5	8319				19	8319			
6	8319				20	8319			
7	8319				21	8319			
8	8319				22	8319			
9	8319				23	8319			
10	8319				24	8319			
11	8319				25	8319			
12	8319				26	8319			
13	8319				27	8319			
14	8319				合 計				

医療費未納情報表

(重度心身障害者医療費助成用)

今月の提出枚数

枚目 / 全

枚

提出年月

平成 年 月

保険医療機関等コード

1	9								
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

保険医療機関等所在地及び名称

印

公費負担者番号

8	3	1	9				
---	---	---	---	--	--	--	--

担当者及びデータ内容に係る問い合わせ電話番号

担当者	tel
-----	-----

項番	診療年月	受給者番号	医療保険種別	被保険者証の記号・番号	備考
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

窓口患者負担金が未納となっている場合に、この帳票を作成してください。

公費負担者番号ごとに記入し、レセプト写し提出月の翌月10日までに国保連合会にご提出ください。

診療年月は、和暦(年号は省略可)で「年 月」と記録してください。

医療保険種別は、「社保」「国保」「後期」「退職」を記載してください。

医科で、同月に同一受給者で入院・入院外の両方のレセプト写しを作成した場合は、備考欄に「入院」または「外来」を記載してください。

調剤で、同月に同一受給者で処方箋発行医療機関が異なるレセプト写しを作成した場合は、備考欄に処方箋発行医療機関名を記載してください。

レセプト写し提出事務費手数料決定通知書

(重度心身障害者医療費助成)

山梨県国民健康保険団体連合会
平成 年 月 日作成

保険医療機関等	
〒400 - 0000 山梨県 -	医院 御中

平成 年 月提出分

保険医療機関等コード

区分	当月請求件数 (A)	当月処理による 返戻件数 (B)	差戻し件数 (窓口負担未発生) (C)	調整処理件数 (D)	確定件数 (A) - (B) - (C) - (D)
国保・退職・後期分					
被用者保険分					
合計					

手数料	郵送料	
	レセプト写し 作成	
確定額		

- ・詳細内訳は、「レセプト写し処理結果内訳書」を参照してください。
- ・振込につきましては3月提出分から翌年2月提出分を集計し、支払を行いますので本通知書は大切に保管してください。
- ・「調整処理件数」につきましては別紙「レセプト写し返戻(調整)内訳書」の区分種別2～5を合算した件数になります。

レセプト写し提出事務費手数料振込通知書

(重度心身障害者医療費助成)

山梨県国民健康保険団体連合会
平成 年 月 日作成

保険医療機関等	
〒400 - 0000 山梨県 -	医院 御中

平成 年度分

提出年月	確定件数	手数料		確定額
		郵送料	レセプト写し作成	
平成 年03月				
平成 年04月				
平成 年05月				
平成 年06月				
平成 年07月				
平成 年08月				
平成 年09月				
平成 年10月				
平成 年11月				
平成 年12月				
平成 年01月				
平成 年02月				
総 合 計				

詳細内訳は、「レセプト写し提出事務費手数料決定通知書」を参照してください。

