

事 務 連 絡  
平成 2 7 年 3 月 3 日

各 保険医療機関開設者 様

群馬県国民健康保険団体連合会事務局長

難病法に基づく特定医療費及び児童福祉法に基づく小児慢性特定疾病医療費に係る入院分福祉医療費の請求方法等について

平素より、本会の業務運営につきまして御理解、御協力をいただきまして厚くお礼申しあげます。

さて、平成 2 6 年 1 2 月に厚生労働省健康局疾病対策課から「特定医療費に係る自己負担上限額管理票等の記載方法について」、平成 2 7 年 2 月に厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課から「小児慢性特定疾病医療費に係る自己負担上限額管理票等の記載方法等について」が提示され、食事（生活）療養標準負担額の 2 分の 1 を公費が負担する場合は、診療報酬明細書の「標準負担額」欄は全額を記載すると示されましたが、福祉医療費の食事標準負担額等の記載方法等については下記のとおりとなりますので、請求にあたりましては御留意いただきますようお願いいたします。

## 記

### 1 記載方法

- (1) 診療報酬明細書の「療養の給付」及び「食事・生活療養費」欄は、福祉医療費を診療報酬明細書で請求する場合は、福祉医療に係る全額を記載してください。  
福祉医療費を福祉医療費連記式明細書で請求する場合は、記載しないでください。
- (2) 診療報酬明細書の「標準負担額」欄は、福祉医療に係る全額を記載してください。  
※ 生活療養標準負担額は福祉医療費支給対象外です。
- (3) 福祉医療費連記式明細書の「食事標準負担額」欄は、福祉医療として請求すべき食事標準負担額を記載してください。

### 2 請求記載例

特定医療費の経過的特例（実施機関番号 5 0 1 番）又は小児慢性特定疾病医療費（実施機関番号 8 0 0 番台）の適用者の場合

#### 【例】

公費負担者番号「5 4 1 0 5 0 1 0」

入院日数 15日

入院医療費 30,000点

特定医療費 10,000点 (負担上限月額 5,000円)

入院時食事療養費 28,800円、食事標準負担額 11,700円

(1) 社保等の被保険者 3割の場合

○診療報酬明細書の記載

| 療養の給付 | 保険  | 請求点    | ※決定点 | 負担金額 円 | 食事・生活療養費 | 保険 | 回  | 請求円 | ※決定円   | 標準負担額) 円 |        |
|-------|-----|--------|------|--------|----------|----|----|-----|--------|----------|--------|
|       |     | 30,000 |      |        |          |    | 45 |     | 28,800 |          | 11,700 |
|       | 公費① | 10,000 |      | 5,000  |          |    | 45 |     | 28,800 |          | 11,700 |
| 公費②   |     |        |      |        |          |    |    |     |        |          |        |

福祉分は福祉医療費連記式で請求するので、「公費②」欄は記載しないでください。

標準負担額の1/2を公費で負担しますが、診療報酬明細書上は標準負担額の全額を記載してください。

○福祉医療費連記式明細書の記載

|  |         |        |        |         |       |    |   |
|--|---------|--------|--------|---------|-------|----|---|
| 福祉医療費連記式明細書の「食事標準負担額」欄は、福祉医療費として請求すべき食事標準負担額を記載してください。<br>(例) 食事標準負担額の1/2を公費が負担し、残りの1/2を福祉医療費として請求する場合は、1/2の金額を記載してください。 |         |        |        |         |       |    | 割合区分<br>一般<br>70歳2割<br>70歳3割<br>6歳<br>略称等 |
| 公費負担者番号  | 受給者氏名   | 点数     | 福祉医療費  | 食事回数    | 医療保険の | 備考 |   |
| 受給資格者番号  | 性別 生年月日 |        | 請求額    | 食事標準負担額 | 保険者番号 |    |   |
| *****  | ○○○○○   | 20,000 |        | 45      |       |    |   |
| *****  | □□ □□□  | 30,000 | 65,000 | 5,850   | ***** |    |   |

(2) 後期高齢者医療の被保険者 1割の場合

○診療報酬明細書の記載 ※福祉併用で御請求ください。

| 療養の給付 | 保険     | 請求点    | ※決定点 | 負担金額 円<br>(10,000) | 食事・生活療養費 | 保険 | 回  | 請求円 | ※決定円   | (標準負担額) 円 |        |
|-------|--------|--------|------|--------------------|----------|----|----|-----|--------|-----------|--------|
|       |        | 30,000 |      | 30,000             |          |    | 45 |     | 28,800 |           | 11,700 |
|       | 公費①    | 10,000 |      | 5,000              |          |    | 45 |     | 28,800 |           | 11,700 |
| 公費②   | 30,000 |        |      |                    |          |    |    |     |        | 11,700    |        |

標準負担額の1/2を公費で負担しますが、診療報酬明細書上は標準負担額の全額を記載してください。  
福祉分についても、診療報酬明細書上には標準負担額の全額を記載してください。  
※生活療養標準負担額は福祉医療費支給対象外です。

※ 請求方法等については、随時、本会ホームページ (<http://gunmakokuho.or.jp>) に掲載いたしますので御確認をお願いいたします。

※ 福祉医療費連記式について電子レセプトで請求されている保険医療機関等につきましては、食事標準負担額の記録内容を追記した「福祉医療費電子請求システム (インターフェース) 仕様書」を本会ホームページに更新いたしますので御使用のレセプトコンピュータの業者等と調整をお願いいたします。

担当 審査課・情報管理課  
027-290-1338・027-290-1334