

訪問看護療養費(医療保険)
請求の手引き

令和5年3月版

群馬県国民健康保険団体連合会

1 明細書の記載要領(基本事項)

(1)『保険種別1』、『保険種別2』及び『本人・家族』欄について

ア 『保険種別1』欄について、以下のうち1つを○で囲む。

- 1 社・国 国民健康保険
- 2 公費 公費負担医療(注: 国保連合会への請求では使用しない)
- 3 後期 後期高齢者(「39」で始まる8桁の保険者番号)
- 4 退職 退職者医療(「67」で始まる8桁の保険者番号)
※平成27年3月末以降新たに対象となる方はいません。

イ 『保険種別2』欄について、以下のうち1つを○で囲む。

- 1 単独 保険単独(公費負担医療でない方)
- 2 2併 保険と1種の公費負担医療との2者併用
- 3 3併 保険と2種の公費負担医療との3者併用

ウ 『本人・家族』欄について、以下のうち1つを○で囲む。

- 2 本人
 - 4 六歳 未就学者
 - 6 家族
- } 70歳未満の利用者(70歳以上には使用しない)
- 8 高齢一 高齢受給者 一般・低所得者Ⅱ・低所得者Ⅰ
後期高齢者医療 一般Ⅱ・一般Ⅰ・低所得者Ⅱ・低所得者Ⅰ
 - 0 高齢7 高齢受給者 現役並み所得者
後期高齢者医療 現役並みⅢ・現役並みⅡ・現役並みⅠ
- ※ 高齢受給者=国保70歳以上(前期高齢者)

<記載事例>

国民健康保険で、公費「難病54」を持っている、高齢受給者一般(73歳)の方の場合

6	① 社・国	3 後期	1 単独	2 本人	⑧ 高齢一
訪			② 2併	4 六歳	
看	2 公費	4 退職	3 3併	6 家族	0 高齢7

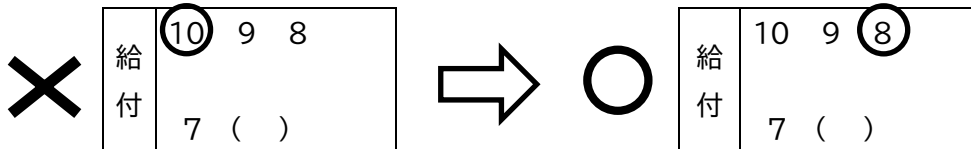
※「1 社・国」、「2 2併」、「8 高齢一」を○で囲む。

(2)『給付割合』欄について

該当する「保険の給付割合」を○で囲む。福祉や公費を持っている利用者であっても10割ではなく、保険の給付割合に○を付ける。

よくある誤り例

高齢受給者一般、福祉を持っていて実質本人負担額無しの場合



(3)『保険者番号』欄について

保険証に記載されている保険者番号を記載する。

(4)『被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号』欄について

保険証に記載されている「記号及び番号」又は「被保険者番号」を記載する。

(ハイフンや中点がある場合はその通りに記載する。)

国保の場合、枝番は(枝番)の後ろに記載する。

途中で記号若しくは番号を変更した場合又は任意継続に変更した場合(給付割合に変更がない場合に限る。)は変更後の記号又は番号を記載する。

(5)『公費負担者番号』欄及び『公費負担医療の受給者番号』欄について

医療券等に記入されている公費負担者番号8桁及び受給者番号7桁を記載する。複数持っている場合は、先順位の公費を第一公費、後順位の公費を第二公費とする。

公費と福祉を持っている場合、国保は福祉分を連記式明細書で請求し、後期は併用明細書で請求する。(福祉請求額がない場合は福祉分の請求は不要。)

(6)『特記』欄について

特定疾病療養受療証「02長」「16長2」が提示された利用者については、記載すること。ただし、限度額を超えない場合は記載不要。

後期高齢者2割でマル長該当の利用者は限度額を超えない場合でも記載が必要。

原則、国保の70歳以上の利用者及び後期高齢の利用者については、特記欄に必ず所得区分を記載する。また、70歳以上で「限度額適用認定証」等の提示がない場合は、前期高齢者7割給付の方は「26区ア」を、8割給付の方は「29区工」を記載し、後期高齢者8割給付の方は「41区カ」を、9割給付の方は「42区キ」を記載してください。

70歳未満の利用者で「限度額適用認定証」が提示された利用者についても、必ず所得区分を記載する。(下記 自己負担限度額(月額)参照)

(7)『負担金額』欄について

保険一部負担金額は高額療養費が現物給付された利用者に関し記載することとし、支払いを受けた一部負担金の額を記載する。なお、保険金額と公費分金額が異なる場合(一部負担金相当額の一部を公費が負担するとき)は、支払いを受けた一部負担金と公費が負担する額を合算した金額を記載する(10円未満を四捨五入した10円単位での記載)。このとき、公費に係る給付対象額を合算した金額の上段に()で再掲する。

以下の場合には保険一部負担金額欄の記載が必要。

- ① 特定疾病療養受療証の提示があった場合。(「02長」「16長2」)
- ② 70歳以上の利用者で高額該当の場合。(公費02長含む)
- ③ 70歳未満の利用者で限度額適用認定証の提示があり高額該当の場合。(公費02長含む)

自己負担限度額（月額）

《特定疾病療養受療(「02長」「16長2」)》

所得	特記	自己負担限度額
70歳未満の上位所得	16	20,000円
上記以外の利用者	02	10,000円 (★8,000円)

★70歳以上(前期および後期高齢者)の低所得ⅠまたはⅡの利用者

※ 高額長期疾病に係る自己負担限度額は10,000円。

ただし、70歳未満の上位所得(所得区分ア、イ)に係る自己負担限度額は20,000円。

《後期高齢者》

所得区分	割合	特記	自己負担限度額
現役並みⅢ	3	26 区ア	252,600円+(医療費-842,000円)×1% 〈多数該当 140,100円〉
現役並みⅡ	3	27 区イ	167,400円+(医療費-558,000円)×1% 〈多数該当 93,000円〉
現役並みⅠ	3	28 区ウ	80,100円+(医療費-267,000円)×1% 〈多数該当 44,400円〉
一般Ⅱ	2	41 区カ	18,000円
一般Ⅰ	1	42 区キ	18,000円
低所得者ⅠまたはⅡ	1	30 区オ	8,000円

※令和4年10月1日から令和7年9月30日までの3年間は2割負担となる方については配慮措置が適用される。

※配慮措置の対象となるのは、窓口負担割合が2割の方(41 区カ)で1か月の保険金額が30,000円から150,000円までの方のレセプト。

・対象レセプト…保険単独レセプト、公費併用レセプトの保険単独分、福祉併用レセプト(公費方別77及び87)

・自己負担が6,000円を超える場合、配慮措置の計算が必要。

計算式:6,000円+(医療費-30,000円)×10%

自己負担限度額は18,000円か配慮措置計算額のいずれか低い額。

※区カ、区キについては令和4年10月診療分から適用する。

※75歳到達月の自己負担限度額は国保制度と後期制度のそれぞれの2分の1の額となる。

(障害認定を受けており75歳到達以前から後期高齢者該当の方及び月の初日生まれの方を除く。)

※低所得(30 区オ)で高額該当の場合は、低所得 I 又は II のどちらに該当するかを備考欄に記載する。

※多数該当について、51、52、54公費がある場合、訪問では対象外。

《70歳～74歳(前期高齢者)》

所得区分	割合	特記	自己負担限度額
現役並みⅢ	3	26 区ア	252,600 円+(医療費-842,000 円)×1% 〈多数該当 140,100 円〉
現役並みⅡ	3	27 区イ	167,400 円+(医療費-558,000 円)×1% 〈多数該当 93,000 円〉
現役並みⅠ	3	28 区ウ	80,100 円+(医療費-267,000 円)×1% 〈多数該当 44,400 円〉
一般	2	29 区エ	18,000 円
低所得者ⅠまたはⅡ	2	30 区オ	8,000 円

※ 高額該当で低所得(30 区オ)の場合は、低所得 I 又は II のどちらに該当するかを備考欄に記載する。

多数該当について、51、52、54公費がある場合、訪問では対象外。

《70歳未満》

所得区分	割合	特記	自己負担限度額
上位所得者	3	26 区ア	252,600 円+(医療費-842,000 円)×1% 〈多数該当 140,100 円〉
	3	27 区イ	167,400 円+(医療費-558,000 円)×1% 〈多数該当 93,000 円〉
一般	3	28 区ウ	80,100 円+(医療費-267,000 円)×1% 〈多数該当 44,400 円〉
	3	29 区エ	57,600 円 〈多数該当 44,400 円〉
非課税	3	30 区オ	35,400 円 〈多数該当 24,600 円〉

※ 70歳未満は限度額適用認定証を提示された場合は、特記欄に所得区分の記載が必要。

2 明細書の記載要領(内容)

(A) 訪問した場所

自宅の場合は「1自宅」、施設等の場合は「2施設」、上記に該当しない場合は「3その他」を○で囲む。

「2施設」に該当する場合は該当する施設等コードを、「3その他」の場合はその場所を()内に記載する。(参考資料「施設等コード」参照)

月途中で訪問先が変更になった場合等、複数に該当する場合は、該当するもの全てを○で囲む。

(B) 心身の状態

訪問看護療養費の算定要件において必要な利用者の状態や日常生活動作(ADL)の状態を具体的に記載する。

「基準告示」第2の1に規定する疾病等の有無や状態等、該当する番号をすべて○で囲む。別表7、別表8又は超重症児若しくは準超重症児に該当するものは、その利用者が該当する全ての疾病等について、該当するコードを「該当する疾病等」の欄に記載する。(参考資料「別表7」「別表8」「他」参照)

(C) 主たる傷病名

訪問看護指示書に基づいて記載する。

(D) 指示期間

特別指示期間だけでなく指示期間も記載が必要。(特別指示期間のみは不可)

- ・指示期間(訪問看護指示書)・・・6ヶ月以内
- ・特別指示期間(特別訪問看護指示書)・・・1月1回14日以内
(「気管カニューレを使用している状態にある者」「真皮を越える褥瘡の状態にある者」は月2回算定可)
- ・精神指示期間(精神訪問看護指示書)・・・6ヶ月以内
- ・精神特別指示期間(精神特別訪問看護指示書)・・・1月1回14日以内

(E) 訪問開始年月日

最初に訪問を開始した年月日を記載する。

同月中に保険種別等の変更があった場合は、変更があった日を訪問開始年月日として記載し、「特記事項」欄にその旨を記載する。

(F)訪問終了年月日時刻

医療保険での訪問を終了した年月日および最後に訪問した時刻を記載する。

(G)訪問終了の状況

症状が軽快した場合は「1軽快」、介護老人保健施設等に入所した場合「2施設」、保険医療機関等入院した場合は「3医療機関」、死亡した場合は「4死亡」、これらに該当しない場合は「5その他」を○で囲む。「5その他」の場合は()内にその内容を記載する。

(H)死亡の状況

「ターミナルケア療養費」を算定した場合に記載が必要。

「時刻」欄には死亡年月日及び時刻を記載し、「場所」欄は、該当する番号を○で囲む。「5その他」を選択した場合は()内にその場所を記載する。

(I)主治医

主治医の属する医療機関の名称、主治医の氏名、主治医に対して報告をした最終報告年月日の記載が必要。

(J)情報提供先

訪問看護情報提供療養費を算定する場合に記載が必要。

(K)『訪問日』欄

訪問看護基本療養費および精神科訪問基本療養費を算定する場合は、該当する日付の欄に指定の記号を記載する。

1週間は日曜日を基点とする。(下記参照)

※指定訪問看護を行った日について

○ … 1日に1回訪問を行った場合

◎ … 1日に2回訪問を行った場合

◇ … 1日に3回以上訪問を行った場合

☆ … 専門の研修を受けた看護師が指定訪問看護を行った場合又は専門管理加算を算定した場合

△ … 特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書に基づき、指定訪問看護を行った場合

□ … 長時間訪問看護加算を算定した場合

▽ … 複数名訪問看護加算を算定した場合

(L)特別管理加算

基準告示第2の5に規定する利用者(別表8該当者)に対して指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合に下記の金額を算定できる。

別表8の41～44に該当する利用者…5,000円

別表8の45～57に該当する利用者…2,500円

(M)専門管理加算

専門管理加算イに該当する場合は「1緩和ケア」、「2褥瘡ケア」又は「3人工肛門・人工膀胱ケア」のいずれかを○で囲む。

専門管理加算ロに該当する場合は「4特定行為」を○で囲み、該当するコードを()内に記載する。

「手順書交付年月日」には、手順書が交付された年月日を記載する。

「直近見直し年月日」には、利用者の主治医と共に、手順書の妥当性を検討した年月日を記載する。

(N)『特記事項』欄について

特記事項	略称	内容	記載が必要な項目
1	他①	別表7・別表8の患者であって、他の一つの指定訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合	●当該他の指定訪問看護ステーションの所在地及び名称
2	他②	別表7・別表8の患者であって、他の二つの指定訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合	
3	従	従たる訪問看護ステーションに勤務する看護師等が指定訪問看護を行った場合	
4	特地	特別地域訪問看護加算を算定した場合	●利用者の住所 ●通常の場合、訪問に要する時間(片道)
5	介	要介護被保険者等で、訪問看護を医療保険で算定している場合	
6	支援	在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が24時間往診及び訪問看護により対応できる体制を確保し、往診担当医や訪問看護担当者氏名、担当日等を文書により提供している利用者の場合	
7	同一緊急	複数の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている利用者に対し、当該複数の訪問看護ステーションのいずれかが計画に基づく指定訪問看護を行った日に、当該複数の訪問看護ステーションのうちその他の訪問看護ステーションが緊急の指定訪問看護を行い、緊急訪問看護加算又は精神科緊急訪問看護加算のみを算定した場合	●算定日の直前に訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定した年月日 ●算定日に、計画に基づく指定訪問看護を行った当該他の訪問看護ステーションの所在地及び名称
8	退支	利用者が退院日の翌日以降の初回の指定訪問看護が行われる前に死亡又は再入院した場合	●死亡日又は再入院日
9	連	看護・介護職員連携強化加算を算定した場合	●介護職員等と同行訪問した日
10	G A F	精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)又は精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)を算定した場合	●当該月の初日の指定訪問看護時におけるG A F尺度により判定した値 ●判定した年月日

ア「1 他①」または「2 他②」に○がある場合

他の1つ(2つ)のステーションから訪問看護を受けている場合、その名称と所在地を記載。

また「主たる傷病名」が「1 別表7」「2 別表8」のいずれかに該当していなければならない。

イ「5 介」に○がある場合…介護保険利用者(要支援・要介護認定者)

(1)「主たる傷病名」が「1 別表7」に該当する。

(2) 特別指示期間(精神特別指示期間)である。

(3) 精神科基本療養費を算定しており、かつ主傷病名が認知症以外の病名。(他の精神疾患
ならば1つのみでも認める)

3 明細書の記載要領(その他)

(1)提出方法について

ア 編綴方法

訪問看護療養費を請求するときは「訪問看護療養費総括表(以下「総括表」という)」「訪問看護療養費請求書(以下「請求書」という)」「訪問看護療養費明細書(以下「明細書」という)」を作成し、「総括表」「請求書」「明細書」の順にし、国保(県内)、国保(県外)、連記式、後期をそれぞれ別にし、左上を紙縫り又はホッチキス等で留める。

(「総括表」「請求書」の様式は本会 HP に掲載されています。)

月遅れ請求等があった場合は、当月請求分の総括表及び請求書に合算して請求する。

請求書等に記載した数字等の修正を行うときは、修正液を使用することなく、誤って記載した数字等を＝で抹消の上、正しい数字等を記載する。(訂正印の押印は不要です。)

なお、請求書等の記載に当たっては、黒若しくは青色のインク又はボールペン等を使用する。

訂正する際は、明細書枠内に記載する。

イ 提出方法

毎月10日必着。

(10日以降に到着したものは、受付ができない場合もあります。)

返戻となった明細書は当月分の請求書と総括表に合算して請求する。

明細書は新しく作成せず返戻になった明細書を修正し再請求する。なお、やむを得ず明細書を再作成した場合は、返戻付箋を貼り替え、再作成した明細書のみを請求する。

◀ 参考資料 ▶

【施設等コード】

コード	施設等
01	社会福祉施設及び身体障害者施設
02	小規模多機能型居宅介護
03	複合型サービス
04	認知症対応型グループホーム
05	特定施設
06	地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設

【別表7】

コード	疾病、状態等
01	末期の悪性腫瘍
02	多発性硬化症
03	重症筋無力症
04	スモン
05	筋萎縮性側索硬化症
06	脊髄小脳変性症
07	ハンチントン病
08	進行性筋ジストロフィー症
09	パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る))
10	多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)
11	プリオン病
12	亜急性硬化性全脳炎
13	ライソゾーム病
14	副腎白質ジストロフィー
15	脊髄性筋萎縮症
16	球脊髄性筋萎縮症
17	慢性炎症性脱髄性多発神経炎

18	後天性免疫不全症候群
19	頸髄損傷
20	人工呼吸器を使用している状態の者

★パーキンソン病は、傷病名欄に必ず重症度を記載すること。(パーキンソン病のみは不可)

【別表8】

コード	疾病、状態等	特別管理加算
41	在宅悪性腫瘍等患者指導管理を受けている状態にある者	5,000円
42	在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者	
43	気管カニューレを使用している状態にある者	
44	留置カテーテルを使用している状態にある者	
45	在宅自己腹膜灌流指導管理を受けている状態にある者	2,500円
46	在宅血液透析指導管理を受けている状態にある者	
47	在宅酸素療法指導管理を受けている状態にある者	
48	在宅中心静脈栄養法指導管理を受けている状態にある者	
49	在宅成分栄養経管栄養法指導管理を受けている状態にある者	
50	在宅自己導尿指導管理を受けている状態にある者	
51	在宅人工呼吸指導管理を受けている状態にある者	
52	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理を受けている状態にある者	
53	在宅自己疼痛管理指導管理を受けている状態にある者	
54	在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者	
55	人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者	
56	真皮を越える褥瘡の状態にある者	
57	在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者	

【他】

コード	疾病、状態等
91	超重症児
92	準超重症児