

事務連絡
平成21年4月7日

地方厚生（支）局医療指導課
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）

御中

厚生労働省保険局保険課

厚生労働省保険局医療課

特定疾患治療研究事業及び小児慢性特定疾患治療研究事業に係る高額療養費制度の見直しに伴う「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の改正案について

特定疾患治療研究事業及び小児慢性特定疾患治療研究事業（以下「特定疾患治療研究事業等」という。）に係る高額療養費制度の見直しを内容とする健康保険法施行令等の改正について現在検討しているところ（平成21年5月1日施行予定）であるが、当該改正に伴い、「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和51年8月7日保険発第82号）及び「訪問看護療養費請求書等の記載要領について」（平成18年3月30日保医発第0330008号）について改正が必要になると見込まれている。

については、健康保険法施行令等及び「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の改正に係る現在の検討状況について、下記のとおりお知らせする。

なお、「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の改正については、改めて、通知を发出する予定であることを申し添える。

記



1 健康保険法施行令等の改正案について（別添1及び別添2参照）

- (1) 現在、公費負担医療の対象療養（特定給付対象療養）については、患者の所得区分にかかわらず、レセプト単位で一律「一般所得者」の自己負担限度額を適用して高額療養費を支給しているところである。

- (2) 今般、特定疾患治療研究事業等の対象療養に係る自己負担限度額について、都道府県において所得が把握されていること等を踏まえ、原則どおり患者の所得に応じた額として取り扱い、あわせて多数回該当の場合の自己負担限度額の軽減を行う。なお、多数回該当の適用については、個人単位、医療機関単位での特定疾患治療研究事業等の対象療養に係る高額療養費の支給回数のうち、入院のみをカウントの対象とする。したがって、現物給付の対象となっている在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料及び在宅末期医療総合診療料については、入院外であるため、当該多数回該当のカウント対象にはならない。
- (3) また、これに伴い、平成21年5月1日以降、順次、特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾患医療受診券（以下、「受給者証等」という。）に所得区分を追加する。
- (4) 施行日は、平成21年5月1日とする。

2 「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の改正案について（別添3参照）

- (1) 特定疾患治療研究事業等の受給者の場合の特記事項欄への記載について
特定疾患治療研究事業等の受給者証等が提示された場合、当該受給者証等に記載されることとなる所得区分に応じて、特記事項欄に「17上位」「18一般」「19低所」と記載する。これは、医科、歯科、調剤、訪問看護全てを対象とする。
- (2) 多数回該当の場合の特記事項欄への記載について（入院の場合のみ）
特定疾患治療研究事業等にかかる医療について、多数回該当に該当した場合には、所得区分に応じて、特記事項欄に「22多上」「23多一」「24多低」と記載する。
なお、多数回該当の対象は入院のみであるため、医科・歯科の入院外の診療報酬明細書、調剤報酬明細書及び訪問看護療養費明細書に記載することはない。

3 受給者証等に所得区分が追記されるまでの間の取扱いについて（別添4参照）

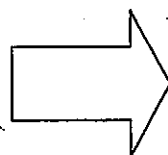
今回の見直しに伴い、受給者証等に所得区分が追加されることとなるが、所得区分が追加された受給者証等の更新が健康保険法施行令等の改正の施行予定日に間に合わない場合、別添4のような取扱いとするよう検討中である。なお、受給者証等は、平成21年9月までには全ての更新が終了する予定である。

(別添1)

特定疾患治療研究事業及び小児慢性特定疾患治療研究事業に係る高額療養費の
自己負担限度額(月)について

① 70歳未満

現行	
一律 80,100円+ 〈医療費-267,000円〉×1%	

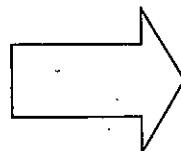


平成21年5月以降	
上位所得者 (月収53万円以上)	150,000円+ 〈医療費-500,000円〉×1% (多数回該当 83,400円)*
一般	80,100円+ 〈医療費-267,000円〉×1% (多数回該当 44,400円)*
低所得者	35,400円 (多数回該当 24,600円)*

※多数回該当については入院についてのみ適用

② 70歳以上

現行	
一律 外来	12,000円
入院	44,400円



平成21年5月以降		
	外来	入院
現役並み所得者	44,400円	80,100円+ 〈医療費-267,000円〉×1% (多数回該当 44,400円)*
一般	12,000円	44,400円
低所得者 (住民税非課税)	Ⅱ	24,600円
	Ⅰ	15,000円

※多数回該当については入院についてのみ適用

(注1) 現行と同様にレセプト単位で現物給付を行い、公費負担後のなお残る負担額については、世帯合算により償還払いとする。

(注2) 多数回該当の対象とするのは、平成21年5月からの診療分とする。

特定疾患医療受給者証の様式改正

(現行)

特定疾患医療受給者証							一部自己負担 有・無	
公費負担番号								
公費負担医療の受給者番号								
受給者	居住地							
	氏名							
	生年月日							
病名								
受療医療機関	所在地							
	名称							
	診療科目							
有効期間		平成 年 月 日						
		平成 年 月 日						
月額自己負担限度額	外来		円					
	入院		円					
都道府県知事名及び印								
交付年月日								

(改正案)

特定疾患医療受給者証							一部自己負担 有・無	
公費負担番号								
公費負担医療の受給者番号								
受給者	居住地							
	氏名							
	生年月日							
病名		保険者に確認した所得区分を以下のとおり記載						
受療医療機関	所在地							
	名称	(70歳未満) (70歳以上)						
	診療科目	A:上位所得者 IV:現役並み所得者 B:一般 III:一般 C:低所得者 II:低所得者Ⅱ I:低所得者Ⅰ						
保険者(※)								
被保険者証の記号・番号(※※)						適用区分		
有効期間		平成 年 月 日						
		平成 年 月 日						
月額自己負担限度額	外来		円					
	入院		円					
都道府県知事名及び印								
交付年月日								

追加

※ 後期高齢者広域連合を含む

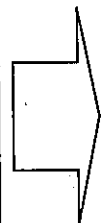
※※ 後期高齢者医療制度においては被保険者番号

小児慢性特定疾患医療受診券の様式改正

(現行)

(改正案)

小児慢性特定疾患医療受診券 一部自己負担 有・無								
公費負担番号								
公費負担医療の受給者番号								
受診者	居住地							
	氏名							
	生年月日							
疾患名								
受療医療機関	所在地							
	名称							
	診療科目							
有効期間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで						
月額自己負担限度額		外来						円
		入院						円
都道府県知事名(市長名)及び印								
交付年月日								



小児慢性特定疾患医療受診券 一部自己負担 有・無												
公費負担番号												
公費負担医療の受給者番号												
受診者	居住地											
	氏名											
	生年月日											
疾患名		保険者に確認した所得区分を以下のとおり記載 A: 上位所得者 B: 一般 C: 低所得者										
受療医療機関	所在地											
	名称											
	診療科目											
保険者名												
被保険者証の記号・番号						適用区分						
有効期間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで										
月額自己負担限度額		外来						円				
		入院						円				
都道府県知事名(市長名)及び印												
交付年月日												

追加

レセプトの記載方法の変更について(案)

(別添3)

1 特定疾患治療研究事業等の受給者の場合、所得区分がわかるように特記事項欄に記載



現在、限度額適用認定証が提示された場合に、特記事項欄に所得区分を記載することとしている(上位=17、一般=18、低所得=19)が、これを特定疾患治療研究事業等の受給者の場合にも広げることで対応

70歳未満	外来・入院	70歳以上	外来	入院
上位所得者	17上位	現役並み	17 上位	17 上位
一般	18一般	一般	18 一般	18 一般
低所得者	19低所	低所得者 I・II	19 低所	19 低所

※外来には、調剤、訪問看護を含む

2 多数回該当への対応



今回の見直しに伴う、特定疾患治療研究事業等の受給者の多数回該当に対応するため、所得区分に応じて、多数回該当の場合の特記事項のコードを追加する。

70歳未満	多数回該当の場合(入院のみ)	70歳以上	多数回該当の場合(入院のみ)
上位所得者	22多上	現役並み	22多上
一般	23多一	一般	—
低所得者	24多低	低所得者 I・II	—

※多数回該当の場合には17・18・19は使用しない。

※70歳以上の「一般」と「低所得者」の場合、多数回該当はない。

※ 特定疾患治療研究事業等に係る多数回該当は、当該事業等の対象療養に係る高額療養費の支給回数をカウントの対象とする。また、入院のみに適用することとし、外来(在医総等含む)、調剤、訪問看護は対象としない。カウント方法は、患者ごと、医療機関ごととする。

(別添4)

5月～9月までの医療機関における特定疾患治療研究事業及び小児慢性特定疾患治療研究事業の受給者証の提示パターンとレプトの取扱いについて

【所得区分の受給者証への反映ができていない場合】

提示パターン	レセプトの記載と取扱い
更新後の受給者証	受給者証の所得区分に応じた記載とする

【所得区分の受給者証への反映ができていない場合】

	提示パターン	レセプトの記載と取扱い
①	更新前の受給者証（受給者証に所得区分の記載がないもの）のみ	すべて「一般」で記載
②	更新前の受給者証＋「3割」の記載がある高齢受給者証等	すべて「現役並み」で記載
③	更新前の受給者証（改正前の様式の余白等に所得区分の記載がある場合）	余白等に記載されている所得区分に応じた記載とする
④	更新前の受給者証＋限度額適用認定証	限度額適用認定証の適用区分に応じた記載とする

(注)④については医療機関の窓口で提示があった場合