

事務連絡
平成24年3月14日

地方厚生（支）局医療課
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

厚生労働省保険局医療課

東日本大震災により被災した被保険者等の一部負担金の免除措置の延長に伴う診療報酬等の請求の取扱いについて

東日本大震災により被災した被保険者等の一部負担金の免除措置の取扱い等については「東日本大震災により被災した被保険者等の一部負担金の免除措置に対する財政支援の延長等について」（平成24年1月31日付け保険局保険課・高齢者医療課・国民健康保険課・総務課医療費適正化対策推進室事務連絡）において、一部負担金の免除措置の期間を平成24年2月29日から平成24年9月30日までと延長することとしましたが、入院時食事療養費と生活療養費については、平成24年2月29日までの措置となりましたので、保険医療機関における診療報酬等の請求の取扱いについては、下記のとおりとすることに致しましたので、貴管下の保険医療機関等及び関係団体への周知をお願い致します。

記

1 「災1」等のレセプトへの記載について

「東北地方太平洋沖地震及び長野県北部の地震に関する診療報酬等の請求の取扱いの留意事項について（7月以降の診療等分）」（平成23年8月2日厚生労働



省保険局医療課事務連絡)により、平成23年7月診療等分以降の診療報酬の請求の取扱いを示したところであるが、「災1」等のレセプトへの記載については、平成24年3月1日以降も引き続き同様の方法によりレセプトを作成すること。

ただし、入院時食事療養費と生活療養費の標準負担額の免除措置の期間が平成24年2月29日までとされたことから、入院時食事療養費と生活療養費の請求の取扱いについては次のとおりとすること。

(1) 免除対象である被保険者が医療保険単独の場合

- ① 入院時食事療養費及び生活療養費の標準負担額を記載すること。
- ② 標準負担額分を被保険者から受領し、保険に対して残額を請求すること。
- ③ 保険者が独自に実施する標準負担額の軽減に該当する場合については、特記事項の「19低所」、療養の給付欄の「I」「II」又は食事・生活療養欄の「3月超」等、「診療報酬請求書等の記載要領通知等について(昭和51年8月7日保険局長通知)」に基づいて記載をすること。

(2) 免除対象である被保険者が医療保険と公費負担医療の併用である場合

免除対象である被保険者が医療保険と公費負担医療の併用の場合、平成24年3月1日以降は、保険優先の公費負担医療の対象とされるため、上記「(1)」に加えて公費の項について以下のとおりの記載をすること。(記載方法については別添を参照すること)

なお、入院時食事療養費及び生活療養費を給付の対象としない公費負担医療を受給している場合は、これまでどおり医療保険単独の請求になるため上記「(1)」の記載のみとする。

- ① 診療実日数について、公費の対象となる診療を行った実日数を記載すること。
- ② 点数欄には「0点」と記載すること。
- ③ 負担金額欄には、公費負担医療に係る患者が負担すべき金額を記載すること。
- ④ 食事・生活療養費の欄には、公費負担医療に係る回数・基準額・標準負担額を記載すること。
- ⑤ 標準負担額の軽減に該当する場合については、特記事項の「19低所」、療養の給付欄の「I」「II」又は食事・生活療養欄の「3月超」等、



「診療報酬請求書の記載要領通知等について(昭和51年8月7日保険局長通知)」に基づいて記載をすること。

- 2 上記方法について、システム上の問題により、電子レセプトによる請求ができない場合は、紙レセプトで請求すること。

「災1」等のレセプトの「療養の給付」欄の記載例及び計算事例

公費①の診療実日数欄・・・公費負担医療に係る診療実日数を記載

公費①の点数欄・・・・・・・・・・0点を記載

公費①の負担金額欄・・・公費負担医療に係る患者が負担すべき金額を記載

公費①の食事・生活療養欄・・・公費負担医療に係る回数・基準額・標準負担額を記載

事例1-1：医保と公費（51）の併用（公費に係る患者負担上限額0円）

	診療 実日数	療養の給付		食事・生活療養費		
		点数	負担金額	回数	基準額	標準負担額
医保	7	10,000	免除	20	12,800	5,200
公①	5	0	0	15	9,600	3,900

療養の給付

10,000点×10割=100,000円・・・医保に請求

食事・生活療養費

12,800円-5,200円=7,600円・・・医保に請求

3,900円-0円=3,900円・・・・・・・・・・公費（51）に請求

5,200円-3,900円=1,300円・・・患者負担

事例1-2：医保と公費（51）の併用（公費に係る患者負担上限額0円）

	診療 実日数	療養の給付		食事・生活療養費		
		点数	負担金額	回数	基準額	標準負担額
医保	7	10,000	免除	20	12,800	5,200
公①	7	0	0	20	12,800	5,200

療養の給付

10,000点×10割=100,000円・・・医保に請求

食事・生活療養費

12,800円-5,200円=7,600円・・・医保に請求

5,200円・・・・・・・・・・公費（51）に請求

0円・・・・・・・・・・患者負担

事例2： 医保と公費（51）の併用 （公費に係る患者負担上限額 4,500 円）

	診療 実日数	療養の給付		食事・生活療養費		
		点数	負担金額	回数	基準額	標準負担額
医保	7	10,000	免除	20	12,800	5,200
公①	6	0	4,500	18	11,520	4,680

療養の給付

10,000 点×10 割=100,000 円 医保に請求

食事・生活療養費

12,800 円-5,200 円=7,600 円 医保に請求

4,680 円-4,500 円=180 円 公費（51）に請求

(5,200 円-4,680 円) + 4,500 円=5,020 円 患者負担

事例3： 医保と公費（51）の併用 （公費に係る患者負担上限額 4,500 円）

	診療 実日数	療養の給付		食事・生活療養費		
		点数	負担金額	回数	基準額	標準負担額
医保	7	10,000	免除	20	12,800	5,200
公①	5	0	3,900	15	9,600	3,900

療養の給付

10,000 点×10 割=100,000 円 医保に請求

食事・生活療養費

12,800 円-5,200 円=7,600 円 医保に請求

3,900 円-3,900 円=0 円 公費（51）請求なし

(5,200 円-3,900 円) + 3,900 円=5,200 円 患者負担