

平成28年5月作成版

県単独医療費助成制度改正説明会及び
一部負担金管理システム操作研修会

別冊資料

医療費助成現物給付の 請求方法について

岩手県国民健康保険団体連合会

医療費助成事業提出総括票（現物給付・償還払い共通）

岩手県国民健康保険団体連合会 平成28年8月版

0	3	岩手
---	---	----

<input type="checkbox"/>	現物	<input type="checkbox"/>	償還 (県単)	<input type="checkbox"/>	償還 (市単)
--------------------------	----	--------------------------	------------	--------------------------	------------

平成 年 月分 医療費助成事業提出総括票

医療機関等コード			
保険医療機関等の名称			
提出市町村集計	件数		
合 計			

提 出 市 町 村			
<input type="checkbox"/> 盛岡市	<input type="checkbox"/> 陸前高田市	<input type="checkbox"/> 矢巾町	<input type="checkbox"/> 普代村
<input type="checkbox"/> 宮古市	<input type="checkbox"/> 釜石市	<input type="checkbox"/> 西和賀町	<input type="checkbox"/> 軽米町
<input type="checkbox"/> 大船渡市	<input type="checkbox"/> 二戸市	<input type="checkbox"/> 金ヶ崎町	<input type="checkbox"/> 洋野町
<input type="checkbox"/> 奥州市	<input type="checkbox"/> 八幡平市	<input type="checkbox"/> 平泉町	<input type="checkbox"/> 野田村
<input type="checkbox"/> 花巻市	<input type="checkbox"/> 滝沢市	<input type="checkbox"/> 住田町	<input type="checkbox"/> 九戸村
<input type="checkbox"/> 北上市	<input type="checkbox"/> 雫石町	<input type="checkbox"/> 大槌町	<input type="checkbox"/> 一戸町
<input type="checkbox"/> 久慈市	<input type="checkbox"/> 葛巻町	<input type="checkbox"/> 山田町	
<input type="checkbox"/> 遠野市	<input type="checkbox"/> 岩手町	<input type="checkbox"/> 岩泉町	
<input type="checkbox"/> 一関市	<input type="checkbox"/> 紫波町	<input type="checkbox"/> 田野畑村	
提出市町村数			

提出先

〒020-0025 盛岡市大沢川原三丁目7番30号 岩手県国民健康保険団体連合会 福祉・療養費係 宛

連名簿

平成 年 月請求分

医療機関

市町村

受給者証番号			保険者番号	
被保険者証	記号			番号
氏名			診療年月	
一部負担金	円	処方箋発行		
窓口負担額	円			
受給者証番号			保険者番号	
被保険者証	記号			番号
氏名			診療年月	
一部負担金	円	処方箋発行		
窓口負担額	円			
受給者証番号			保険者番号	
被保険者証	記号			番号
氏名			診療年月	
一部負担金	円	処方箋発行		
窓口負担額	円			
受給者証番号			保険者番号	
被保険者証	記号			番号
氏名			診療年月	
一部負担金	円	処方箋発行		
窓口負担額	円			
受給者証番号			保険者番号	
被保険者証	記号			番号
氏名			診療年月	
一部負担金	円	処方箋発行		
窓口負担額	円			

市町村合計	件数	一部負担金	円	窓口負担額	円

※合計は最終ページに記入すること。

ページ /

医療費助成事業 送付書 (現物・償還共通)
 医科、歯科、調剤、訪問看護ステーション用

(別紙様式第6号)

03 岩手

現物 償還 (県単) 償還 (市単)

平成 年 月分 医療費助成事業 市町村別送付書

種 別 コ ー ド				医 療 機 関 等 コ ー ド			
医科	歯科	調剤	訪問				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
1	3	4	6				

市 町 村 名	市 町 村 番 号		
	0		

保 険 医 療 機 関 等 の 所 在 地 及 び 名 称	
電 話 番 号	

市 町 村 集 計	入 院			入 院 外		
	件 数	点 数 (金 額)	負 担 金 額	件 数	点 数 (金 額)	一 部 負 担 金 額
合 計						

特 記 事 項 コ ー ド 及 び 公 費 負 担 医 療 件 数 再 掲																		
特 記 事 項 コ ー ド	区 分	長 期 高 額		7 0 歳 以 上					7 0 歳 未 満 (通 常)					7 0 歳 未 満 (多 数 回 該 当)				
		02 長	16 長	17 上	18 位	19 一	20 般	26 低	27 所	28 ア	29 区	30 イ	31 ウ	32 エ	33 オ	34 多	35 才	
入 院																		
入 院 外																		
公 費 負 担 医 療	法 別 番 号	10	11	15	16	20	21	22	24	28	29	38	51	52	54	79		
入 院																		
入 院 外																		

市 町 村 番 号 一 覧 表									
盛岡市	01	遠野市	08	雫石町	14	平泉町	36	軽米町	54
宮古市	02	一関市	09	葛巻町	15	住田町	43	洋野町	55
大船渡市	03	陸前高田市	10	岩手町	16	大槌町	45	野田村	56
奥州市	04	釜石市	11	紫波町	21	山田町	48	九戸村	59
花巻市	05	二戸市	13	矢巾町	22	岩泉町	49	一戸町	62
北上市	06	八幡平市	17	西和賀町	30	田野畑村	50		
久慈市	07	滝沢市	18	金ヶ崎町	31	普代村	51		

岩手県国民健康保険団体連合会 平成28年8月版

医療費助成事業 送付書 (現物・償還共通)

柔道整復施術所用 (協定分・契約分共通)

(別紙様式第6号)

0	3	岩手
---	---	----

<input type="checkbox"/>	現物	<input type="checkbox"/>	償還 (県単)	<input type="checkbox"/>	償還 (市単)
--------------------------	----	--------------------------	------------	--------------------------	------------

平成 年 月分 医療費助成事業 市町村別送付書

協		契		登 録		記 号		番 号	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	3			-	-
8	9								

市 町 村 名	市 町 村 番 号		
	0		

施 術 所 の 所 在 地 及 び 名 称	
電話番号	

市 町 村 集 計	件 数	費 用 額
合 計		

市 町 村 番 号 一 覧 表				
盛岡市 01	遠野市 08	雫石町 14	平泉町 36	軽米町 54
宮古市 02	一関市 09	葛巻町 15	住田町 43	洋野町 55
大船渡市 03	陸前高田市 10	岩手町 16	大槌町 45	野田村 56
奥州市 04	釜石市 11	紫波町 21	山田町 48	九戸村 59
花巻市 05	二戸市 13	矢巾町 22	岩泉町 49	一戸町 62
北上市 06	八幡平市 17	西和賀町 30	田野畑村 50	
久慈市 07	滝沢市 18	金ヶ崎町 31	普代村 51	

岩手県国民健康保険団体連合会 平成28年8月版

県・市町村単独医療費助成（現物給付分）の編てつ方法

①-1 連名簿方式【連名簿（紙提出）】

	提出物	提出方法	順番等
ま ホ ッ は チ 綴 キ 紐	1. 総括票	紙	単独
	2. 連名簿（紙）	紙	市町村番号順 受給者証番号順
	3. 市町村別送付書	紙	
	4. 診療報酬明細書等（写）	紙	受給者証番号順 （連名簿記載順）

※市町村が複数ある場合は、3・4を同じ順番で編てつしてください。

①-2 連名簿方式【連名簿（データ提出）】

	提出物	提出方法	順番等
ま ホ ッ は チ 綴 キ 紐	1. 総括票	紙	単独
	2. 連名簿（データ）	電子媒体	市町村番号順 受給者証番号順
	3. 市町村別送付書	紙	
	4. 診療報酬明細書等（写）	紙	受給者証番号順 （連名簿記載順）

※市町村が複数ある場合は、3・4を同じ順番で編てつしてください。

② レセプト（写）への受給者証番号印字方式

	提出物	提出方法	順番等
ま ホ ッ は チ 綴 キ 紐	1. 総括票	紙	単独
	2. 市町村別送付書	紙	
	3. 診療報酬明細書等（写）	紙	受給者証番号順

※市町村が複数ある場合は、2・3を同じ順番で編てつしてください。

岩手県国民健康保険団体連合会 平成28年8月版

0 3 岩手

現物 償還 (県単) 償還 (市単)

平成28年8月分 医療費助成事業提出総括票

医療機関等コード	01.1234.5		
保険医療機関等の名称	県単病院		
提出市町村集計	件数		
合計	9,999		

提出市町村			
<input checked="" type="checkbox"/> 盛岡市	<input type="checkbox"/> 陸前高田市	<input checked="" type="checkbox"/> 矢巾町	<input type="checkbox"/> 普代村
<input checked="" type="checkbox"/> 宮古市	<input checked="" type="checkbox"/> 釜石市	<input checked="" type="checkbox"/> 西和賀町	<input type="checkbox"/> 軽米町
<input type="checkbox"/> 大船渡市	<input type="checkbox"/> 二戸市	<input type="checkbox"/> 金ヶ崎町	<input type="checkbox"/> 洋野町
<input type="checkbox"/> 奥州市	<input checked="" type="checkbox"/> 八幡平市	<input type="checkbox"/> 平泉町	<input type="checkbox"/> 野田村
<input checked="" type="checkbox"/> 花巻市	<input checked="" type="checkbox"/> 滝沢市	<input type="checkbox"/> 住田町	<input type="checkbox"/> 九戸村
<input checked="" type="checkbox"/> 北上市	<input checked="" type="checkbox"/> 雫石町	<input type="checkbox"/> 大槌町	<input checked="" type="checkbox"/> 一戸町
<input type="checkbox"/> 久慈市	<input type="checkbox"/> 葛巻町	<input type="checkbox"/> 山田町	
<input type="checkbox"/> 遠野市	<input type="checkbox"/> 岩手町	<input type="checkbox"/> 岩泉町	
<input type="checkbox"/> 一関市	<input checked="" type="checkbox"/> 紫波町	<input type="checkbox"/> 田野畑村	
提出市町村数			12

提出先

〒020-0025 盛岡市大沢川原三丁目7番30号 岩手県国民健康保険団体連合会 福祉・療養費係 宛

一部負担金管理システムから出力されたものは、提出のある市町村のみ標記されます。

連名簿

記載例

平成 28 年 9 月請求分

医療機関
県単病院
0310112345

市町村
県単市
000

受給者証番号	01101234567	保険者番号	12345678
被保険者証	記号 123456	番号	1234
氏名	県単 太郎 1 男 4 平 24. 5.19 生	診療年月	4 平 28 年 8 月 1 入院
一部負担金	34,560 円	処方箋発行	
窓口負担額	5,000 円		
受給者証番号	01102000113	保険者番号	12345678
被保険者証	記号 1234567	番号	
氏名	県単 次郎 1 男 4 平 25. 5.19 生	診療年月	4 平 28 年 8 月 2 外来
一部負担金	2,340 円	処方箋発行	
窓口負担額	1,500 円		
受給者証番号	01203012345	保険者番号	12345678
被保険者証	記号 111111111111	番号	144
氏名	県単 花子 2 女 4 平 25. 5.19 生	診療年月	4 平 28 年 8 月 2 外来
一部負担金	4,560 円	処方箋発行	
窓口負担額	1,500 円		
受給者証番号	01314054321	保険者番号	12345678
被保険者証	記号 5151515	番号	5555
氏名	県単 三郎 1 男 4 平 26. 5.19 生	診療年月	4 平 28 年 8 月 2 外来
一部負担金	5,670 円	処方箋発行	
窓口負担額	1,500 円		
受給者証番号	01425022222	保険者番号	12345678
被保険者証	記号 222222222	番号	
氏名	県単 正子 2 女 4 平 27. 5.19 生	診療年月	4 平 28 年 8 月 2 外来
一部負担金	2,220 円	処方箋発行	
窓口負担額	1,500 円		

市町村	件数	一部負担金	窓口負担額
合計	5	123,450 円	12,500 円

※合計は最終ページに記入すること。

ページ 1 / 10

医療費助成事業 送付書 (現物・償還共通)

医科、歯科、調剤、訪問看護ステーション用

記載例

(別紙様式第6号)

03 岩手

現物 償還 (県単) 償還 (市単)

平成28年8月分 医療費助成事業 市町村別送付書

種別コード				医療機関等コード
医科	歯科	調剤	訪問	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	01.1234.5
1	3	4	6	

市町村名	市町村番号		
陸前高田市	0	1	0

保険医療機関等の所在地及び名称	
〇〇市〇〇町1丁目2-3 県単病院	
電話番号	019-123-4567

レセプト記載の点数(金額)、負担金額(一部負担額)を集計してください。

市町村集計	入 院			入 院 外		
	件数	点数(金額)	負担金額	件数	点数(金額)	一部負担金額
合計	9,999	999,999,999	999,999	9,999	999,999,999	999,999

特記事項コード及び公費負担医療件数再掲																
特記事項コード	区分	長期高額		70歳以上			70歳未満(通常)					70歳未満(多数回該当)				
		02長	16長2	17上位	18一般	19低所	26区ア	27区イ	28区ウ	29区エ	30区オ	31多ア	32多イ	33多ウ	34多エ	35多オ
入院	入院			1			1		3							
	入院外	2	1		5	2	5	2	4		2	3			1	
公費負担医療	法別番号	10	11	15	16	20	21	22	24	28	29	38	51	52	54	79
	入院		1													3
入院外	1													1	8	

償還払い分(県単・市単とも)は、【特記事項コード及び公費負担医療件数再掲】欄の記載は不要です。

市 町 村 番 号 一 覧 表				
盛岡市 01	遠野市 08	雫石町 14	平泉町 36	軽米町 54
宮古市 02	一関市 09	葛巻町 15	住田町 43	洋野町 55
大船渡市 03	陸前高田市 10	岩手町 16	大槌町 45	野田村 56
奥州市 04	釜石市 11	紫波町 21	山田町 48	九戸村 59
花巻市 05	二戸市 13	矢巾町 22	岩泉町 49	一戸町 62
北上市 06	八幡平市 17	西和賀町 30	田野畑村 50	
久慈市 07	滝沢市 18	金ヶ崎町 31	普代村 51	

医療費助成事業 送付書 (現物・償還共通)

柔道整復施術所用 (協定分・契約分共通)

記載例

(別紙様式第6号)

0	3	岩手
---	---	----

<input checked="" type="checkbox"/> 現物	<input type="checkbox"/> 償還 (県単)	<input type="checkbox"/> 償還 (市単)
--	-------------------------------------	-------------------------------------

平成28年8月分 医療費助成事業 市町村別送付書

登 録 記 号 番 号										
協	契									
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	3	0	1	2	3	4	-	0 - 1
8	9									

市 町 村 名	市 町 村 番 号		
陸前高田市	0	1	0

施 術 所 の 所 在 地 及 び 名 称	
〇〇市〇〇町1丁目2-3 県単整骨院	
電話番号	019-123-4567

市 町 村 集 計	件 数	費 用 額
合 計	20	222,222

市 町 村 番 号 一 覧 表				
盛岡市 01	遠野市 08	雫石町 14	平泉町 36	軽米町 54
宮古市 02	一関市 09	葛巻町 15	住田町 43	洋野町 55
大船渡市 03	陸前高田市 10	岩手町 16	大槌町 45	野田村 56
奥州市 04	釜石市 11	紫波町 21	山田町 48	九戸村 59
花巻市 05	二戸市 13	矢巾町 22	岩泉町 49	一戸町 62
北上市 06	八幡平市 17	西和賀町 30	田野畑村 50	
久慈市 07	滝沢市 18	金ヶ崎町 31	普代村 51	

岩手県国民健康保険団体連合会 平成28年8月版

様式■

出力例

医療費助成支払額決定通知書

医療機関等コード 4567890

岩手県国民健康保険団体連合会
平成28年10月2日作成

〒080-0123
盛岡市●●町△丁目××-〇〇

県立●●病院

様

平成28年9月請求分(8月診療分)

医療機関等コード	被振込銀行		振込日
4567890	盛岡	国保	平成28年10月20日

区分	決定額		過誤調整額		確定額	
	円		円		円	
県単独分	1,000,000	50	-10,000		990,000	50
市町村単独分	500,000		1,000		501,000	
合計	1,500,000	50	-9,000		1,491,000	50

振込総額	1,491,000
------	-----------

様式■

医療費助成支払額決定通知書内訳書
平成28年9月請求分(8月診療分)

出力例

岩手県国民健康保険団体連合会
平成28年10月2日作成 1/10頁

医療機関等コード	医療機関等名
4567890	県単病院

市町村	事業区分	入外	本家	給付割合	高額	過誤	件数	日数/回数	費用額	給付決定額	高額療養費	受給者負担分	他公費負担分	備考
盛岡市	10	入	2	80			1	2	100,000	30,000.50	30,000	1,500	20,000.50	
	20	外	2	70	高	減								
	31	外	2	70		増								
	42	外	2	70		返								
	43													
	60													
	70													
	81													
	92													
子ども(10)合計														
市町村単独()合計														
宮古市	10													
	60													
子ども(10)合計														
市町村単独()合計														
子ども(10)総合計														
市町村単独()合計														
医療機関計														

(1)事業区分…10:子ども 20:妊産婦 31:重度(一般) 33:重度(長期) 42:ひとり親 43:ひとり親(父母なし)

60～:市町村単独事業

(2)本家…1:本人 2:家族 3:未就学者

様式

医療費助成修正結果・返戻通知書

出力例

医療機関等コード	医療機関等名
4567890	県単病院

平成28年9月請求分(8月診療分) 下記のとおり請求金額に増減返戻がありましたのでお知らせします。

岩手県国民健康保険団体連合会
平成28年10月2日作成 1/10頁

14

市町村名	事業区分	保険制度	本家入外	受給者番号		受給者氏名	レセプト点数増減			支払決定額	返戻		概要	診療		備考
				被保険者証記号・番号			事由	増点	減点		日数	レセプト点数		年	月	
盛岡市	10	協け	本入	12-34-567890-1	盛あ100001	県単太郎	A		-2000	4000			28	8		
宮古市	20	国保	本外	13-45-678901-2	123-456	県単花子					10	3000	資格喪失のもの	28	8	

保険制度	表示	保険制度	表示	増減事由		通信欄
協会けんぽ 本人	協け	国保組合 本人	国組	A	計算誤り	
協会けんぽ 家族	協け	国保組合 家族	国組	B	記載誤り	
日雇健保 本人	日雇	医師国保 本人	医師	C	資格確認によるもの	
日雇健保 家族	日雇	医師国保 家族	医師	D	その他	
組合健保 本人	組健	医師国保 従業員	医師			
組合健保 家族	組健	共済組合 本人	共済			
特例退職 本人	特退	共済組合 家族	共済			
特例退職 家族	特退	船員保険 本人	船員			
国保 一般	国保	船員保険 家族	船員			
国保退職 本人	退職					
国保退職 家族	退職					

医療費助成過誤調整結果通知書

平成28年 9月請求分

出力例

岩手県国民健康保険団体連合会
平成28年10月2日作成 1/10 頁

医療機関等コード	医療機関等名	区分
4567890	県単病院	過誤

事業 区分	市町村名 受給者証番号	保険者番号	被保険者証記号		受給者氏名		診療 年月	コ ト フ	事 由	保 険	本 家	割 合	通 用 区 分	高 額	点 数 表	件 数	日 数 回 数	点 数	費用額	市町村負担分	高額療養費	一部負担金		他公費負担分	支払決定額	公費 法別	備考			
			12345 被保険者証番号	67890 被保険者証番号	性別	生年																受給者負担分	公費負担分							
10	〇〇市 12-34-567890-1	030000	12345 67890	67890	県単太郎 男	平26	2808	201	101	1	3	80			医	-1	-3	-900	-9,000	-7,200		-1,500		-300						

10	子ども
20	妊産婦
31	重度(一般)
33	重度(長期)
42	ひとり親家庭(児童)
43	ひとり親家庭(父母無)
50以下	市町村単独分

1	国保
2	公費
3	後期
4	退職
5	雇用者保険

審査結果コード							
201	返戻	202	調整	204	保険制度補正	205	差し戻し
301	全部増	302	全部減				

101	転出	102	生活保護適用	103	他保険適用	104	他保険者分(含・同一保険内異動)	105	資格取得前受診
106	資格証明書発行中受診	107	資格喪失後受診	108	一般該当	109	退職(本・家)該当		
111	給付割合誤り	112	被保険者証記号番号、受給者番号、氏名、生年月日、性別の誤り	113	該当者なし				
114	保険給付外	115	医療機関等からの依頼返戻	116	その他				
120	調整	122	全部重複	123	一部重複				

診療報酬分請求

記載例

診療報酬明細書

平成 年 月分 医コ

公負①		公受①	
公負②		公受②	

保険者番号	010300014	
記号・番号	11111111111	

氏名		特記事項
職務上の理由		

保険医療機関の所在地及び名称

傷病名	診療開始日	転記	診療実日数	保		日
				①	②	日
				①	②	日

11	初診											
12	再診	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	外來管理加算	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	時間外	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	休日	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	深夜	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
13	指導											
	14	往診										
		夜間										
		深夜・緊急										
		在宅患者訪問診療										
その他												
20	21内服薬剤											
	内服調剤	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	22屯服薬剤											
	23外用薬剤											
	外用調剤	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	25処方	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	26麻毒											
27調基												
30	31皮下筋肉内											
	32静脈内											
	33その他											
40	処置											
	薬剤											
50	手術・麻酔											
60	手術											
	薬剤											
60	検査											
	薬剤											
70	画像診断											
	薬剤											
80	処方せん											
	その他											
	薬剤											

住所変更(8/11)B市⇒C市

療養の給付	保険	請求点	* 決定点	薬剤一部負担金額 円	一部負担金額 円				
		5000							
	①								
	②					* 高額		* 公 点	* 公 点

B市分

県・市町村単独分請求

訂正例

診療報酬明細書

平成 年 月分 医コ

公負①	公受①
公負②	公受②

保険者番号	010300014
記号・番号	11111111111

氏名		特記事項
職務上の理由		

保険医療機関の所在地及び名称

傷病名	診療開始日	転記	診療実日数		保日
			①	②	
11初診			回		
12再診			×	回	
再診			×	回	
時間外			×	回	
休日			×	回	
深夜			×	回	
13指導					
14在宅			回		
往診			回		
夜間			回		
深夜・緊急			回		
在宅患者訪問診療			回		
その他					
薬剤					
20投薬			単		
21内服薬剤			×	回	
内服調剤					
22屯服薬剤			単		
23外用薬剤			単		
外用調剤			×	回	
25処方			×	回	
26麻毒			回		
27調基					
30注射					
31皮下筋肉内					
32静脈内					
33その他					
40処置					
処置					
薬剤					
50手術					
手術・麻酔					
薬剤					
60検査					
検査					
薬剤					
70画像					
画像診断					
薬剤					
80他					
処方せん					
その他					
薬剤					

住所変更(8/11)B市⇒C市

療養の給付	請求点	* 決定点	薬剤一部負担金額 円	一部負担金額 円	
	5000 3000				
	①				
②				* 高額	* 公点 * 公点

C市分

県・市町村単独分請求

訂正例

診療報酬明細書

平成 年 月分 医コ

公負①	公受①
公負②	公受②

保険者番号	010300014
記号・番号	11111111111

氏名		特記事項
職務上の理由		

保険医療機関の所在地及び名称

傷病名	診療開始日	転記	診療実日数		保日
			①	②	
11 初診			回		
12 再診			×	回	
外来管理加算			×	回	
時間外			×	回	
休日			×	回	
深夜			×	回	
13 指導					
14 在宅			回		
往診			回		
夜間			回		
深夜・緊急			回		
在宅患者訪問診療			回		
その他					
薬剤					
20 投薬			単		
21 内服薬剤			×	回	
内服調剤					
22 屯服薬剤			単		
23 外用薬剤			単		
外用調剤			×	回	
25 処方			×	回	
26 麻毒			回		
27 調基					
30 注射					
31 皮下筋肉内					
32 静脈内					
33 その他					
40 処置					
薬剤					
50 手術					
手術・麻酔					
薬剤					
60 検査					
検査					
薬剤					
70 画像					
画像診断					
薬剤					
80 他					
処方せん					
その他					
薬剤					
療養の給付	請求点	* 決定点	薬剤一部負担金額 円	一部負担金額 円	
	5000 2000				
	①				
②				* 高額	* 公点 * 公点

住所変更(8/11)B市⇒C市

訂正例

岩手県国民健康保険団体連合会 平成28年8月版

0	3	岩手
---	---	----

<input checked="" type="checkbox"/> 現物	<input type="checkbox"/> 償還 (県単)	<input type="checkbox"/> 償還 (市単)
--	-------------------------------------	-------------------------------------

平成28年8月分 医療費助成事業提出総括票

医療機関等コード	01.1234.5		
保険医療機関等の名称	県単病院		
提出市町村集計	件数	/	/
合計	119 120	/	/

提出市町村			
<input checked="" type="checkbox"/> 盛岡市	<input type="checkbox"/> 陸前高田市	<input checked="" type="checkbox"/> 矢巾町	<input type="checkbox"/> 普代村
<input checked="" type="checkbox"/> 宮古市	<input checked="" type="checkbox"/> 釜石市	<input checked="" type="checkbox"/> 西和賀町	<input type="checkbox"/> 軽米町
<input type="checkbox"/> 大船渡市	<input type="checkbox"/> 二戸市	<input type="checkbox"/> 金ヶ崎町	<input type="checkbox"/> 洋野町
<input type="checkbox"/> 奥州市	<input checked="" type="checkbox"/> 八幡平市	<input type="checkbox"/> 平泉町	<input type="checkbox"/> 野田村
<input checked="" type="checkbox"/> 花巻市	<input checked="" type="checkbox"/> 滝沢市	<input type="checkbox"/> 住田町	<input type="checkbox"/> 九戸村
<input checked="" type="checkbox"/> 北上市	<input checked="" type="checkbox"/> 雫石町	<input type="checkbox"/> 大槌町	<input checked="" type="checkbox"/> 一戸町
<input type="checkbox"/> 久慈市	<input type="checkbox"/> 葛巻町	<input type="checkbox"/> 山田町	
<input type="checkbox"/> 遠野市	<input type="checkbox"/> 岩手町	<input type="checkbox"/> 岩泉町	
<input type="checkbox"/> 一関市	<input checked="" type="checkbox"/> 紫波町	<input type="checkbox"/> 田野畑村	
提出市町村数		12	

提出先

〒020-0025 盛岡市大沢川原三丁目7番30号 岩手県国民健康保険団体連合会 福祉・療養費係 宛

連名簿

訂正例

平成 28 年 9 月請求分

医療機関
県単病院
0310112345

市町村
県単市
000

受給者証番号	01101234567	保険者番号	12345678
被保険者証	記号 123456	番号	1234
氏名	県単 太郎 1 男 4 平 24. 5.19 生	診療年月	4 平 28 年 8 月 1 入院
一部負担金	34,560 円	処方箋発行	
窓口負担額	5,000 円		
受給者証番号	01102000113	保険者番号	12345678
被保険者証	記号 1234567	番号	
氏名	県単 次郎 1 男 4 平 24. 5.19 生	診療年月	4 平 28 年 8 月 2 外来
一部負担金	1,340 円	処方箋発行	
窓口負担額	1,340 円		
受給者証番号	01203012345	保険者番号	12345678
被保険者証	記号 111111111111	番号	144
氏名	県単 花子 2 女 4 平 25. 5.19 生	診療年月	4 平 28 年 8 月 2 外来
一部負担金	4,560 円	処方箋発行	
窓口負担額	1,500 円		
受給者証番号	01314054321	保険者番号	12345678
被保険者証	記号 5151515	番号	5555
氏名	県単 三郎 1 男 4 平 26. 5.19 生	診療年月	4 平 28 年 8 月 2 外来
一部負担金	5,670 円	処方箋発行	
窓口負担額	0 円		
受給者証番号	01425022222	保険者番号	12345678
被保険者証	記号 222222222	番号	
氏名	県単 正子 2 女 4 平 27. 5.19 生	診療年月	4 平 28 年 8 月 2 外来
一部負担金	2,220 円	処方箋発行	
窓口負担額	1,500 円		

市町村	件数	一部負担金	窓口負担額
合計	49 50	122,120 423,450 円	11,160 42,500 円

※合計は最終ページに記入すること。

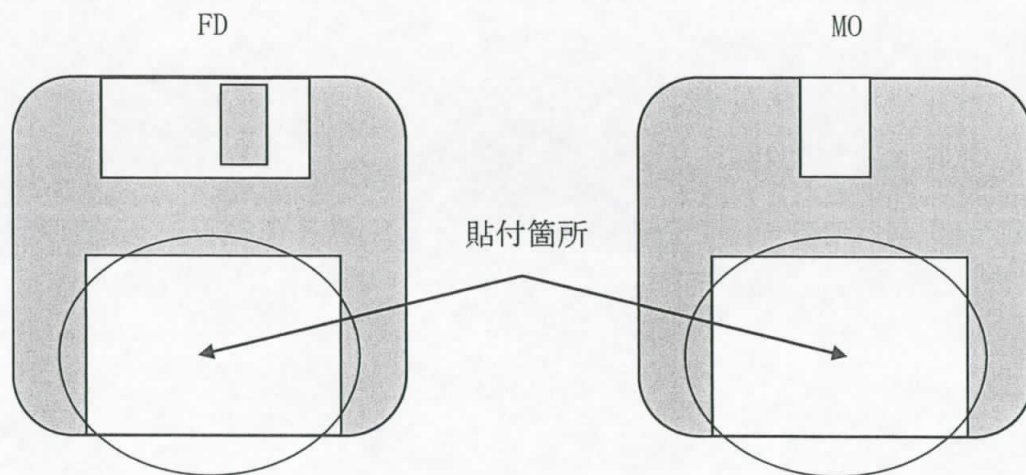
県単独医療費助成事業(現物給付分)の請求に係る連名簿データの
ディスク等への電子媒体への標記

1 FD・MO への貼付ラベル

MS-DOS/CSV 形式 (FD・MO 用)

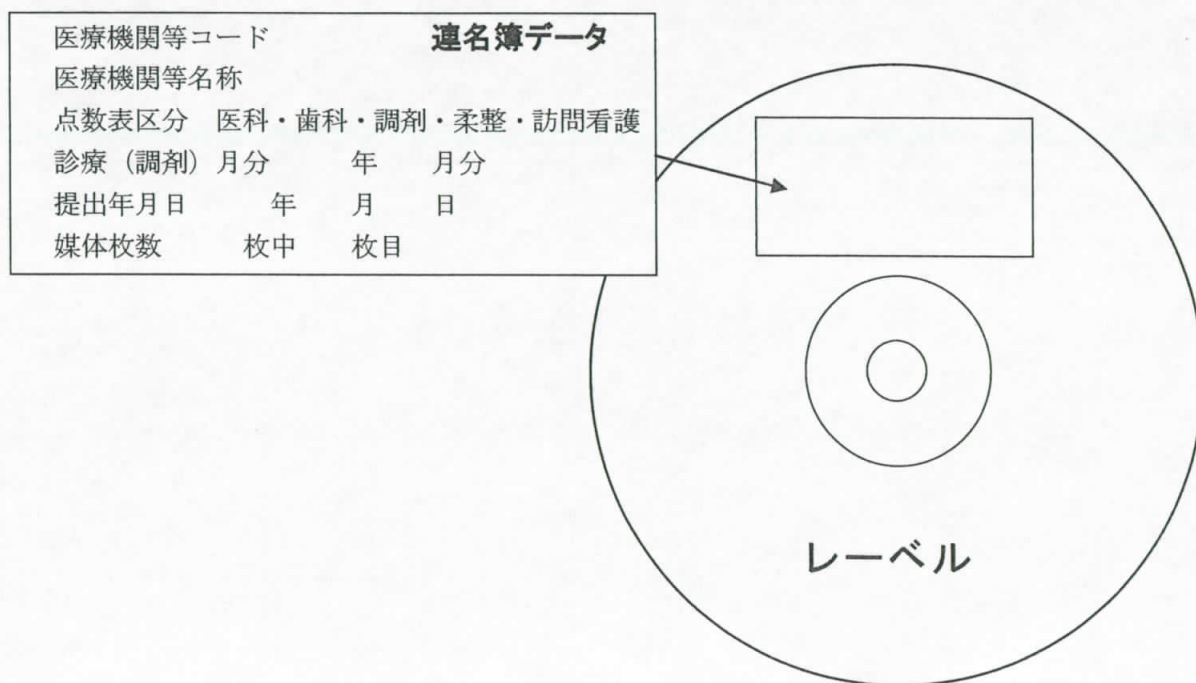
MS-DOS/CSV (医科・歯科・調剤・柔整・訪問看護)			連名簿データ
医療機関等コード			
医療機関等名称			
診療(調剤)月分	年	月分	
提出年月日	年	月	日
媒体枚数	枚中	枚目	

FD 及び MO へのラベルの貼付箇所



2 CD-R への表記

レーベル面にシール等を貼付せずに、フェルトペン等により記入すること。



岩手県国民健康保険団体連合会 御中

住 所
開設者
氏 名

県単独医療費助成事業(現物給付分)の請求に係る連名簿データ確認試験依頼書

県単独医療費助成事業(現物給付分)の請求に係る連名簿をデータにて提出するにあたり、確認試験を受けたいので次のとおり依頼します。

点数表区分	医科・歯科・調剤・柔整・訪問看護	依頼回数	新規・回目
医療機関等コード		電話番号	
医療機関等名			
医療機関所在地	〒		
使用システム	一部負担金管理システム(岩手県作成) ・ 独自システム(メーカー名)		
電子媒体	F D	M O	CD-R
備 考			

《 作成要領 》

- 1 本依頼書は、県単独医療費助成事業(現物給付分)の請求に係る連名簿をデータにて提出するにあたり、岩手県が定めた記録条件仕様等に適合しているか事前に確認したい場合、データを作成し提出する。
- 2 本依頼書の提出期日は請求開始の前月10日までとする。
- 3 「点数表区分」欄には、医科、歯科、調剤、柔整、訪問看護の別を○で囲む。
- 4 「依頼回数」欄には、新規又は何回目の確認試験依頼か記入する。
- 5 「医療機関等コード」、「電話番号」、「医療機関等名」及び「医療機関等所在地(郵便番号を含む。)」欄には、届け出た記載内容を記入する。
- 6 「使用システム」欄には、一部負担金管理システムまたは独自システム(メーカー名)のどちらかを○で囲む。
- 7 「電子媒体」欄には、記録する電子媒体を○で囲む。

岩手県 子ども医療費助成事業〔自動償還払い〕コード一覧表（平成28年4月1日現在）

- ◎ この表は、岩手県の各市町村が、自動償還払い(※1)を実施する子ども医療費助成事業の市町村コード、事業コード、1レセプト当たりの受給者負担限度額をまとめたものです。
- ◎ この表の範囲内にある受給者から提出される医療費助成給付申請書(以下「申請書」という。)に、レセプト写しを糊付けして岩手県国保連合会(以下「連合会」という。)へ提出してください。
- ◎ 連合会に申請書を提出するときは、送付書を作成します。送付書は、市町村ごとに、県単独事業分(以下「県単」という。)と市町村単独事業分(以下「市単」という。)それぞれ作成してください。なお、市単の送付書には、左上部に赤字〇囲みで「単」と表記してください。また、送付書は、子ども、妊産婦、重度心身障がい者、ひとり親家庭、寡婦等全ての事業の申請書についてまとめて作成してください(個々の事業ごとに送付書を作成しないでください)。
- ◎ 子どもについては、事業コード「10」の申請書は県単として、「60」の申請書は市単として、それぞれ送付書にまとめてください。
- ◎ 連合会への申請書の提出締切日は、毎月10日(必着)です。なお、10日が土、日、祝祭日に当たる場合は、翌営業日の正午までとなります。

● 県単の実施内容(県基準) この範囲を超えて実施される事業は、市単となります。

対象者	12歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある方(ただし、小学生は入院に限ります)
所得制限	児童扶養手当(一部支給)の所得制限限度額+80万円(扶養者2名の場合は、年間所得348万円以下の方が対象となります)
受給者負担	1レセプト当たり入院5000円まで、入院外1500円まで(ただし、受給者が3歳未満又は監護者が市町村民税非課税の場合は、受給者負担なし)

岩手県国民健康保険団体連合会
〒020-0025
盛岡市大沢川原三丁目7番30号
担当：審査課 福祉・療養費係
TEL 019-623-4328
FAX 019-623-4340

受給者証番号 第 00-00-0000000-0 号

市町村コード ↑ 事業コード ↑ 受給者ごとの任意の番号

市町村名	入外区分	市町村コード	事業コード(網掛部は自動償還払いの対象外※2)								1レセプト当たりの受給者負担限度額		
			所得制限 県基準の範囲内 申請書の色[ピンク] (一部グレーあり)				所得制限 県基準の範囲外 申請書の色[グレー] (一部ピンクあり)						
			6歳 (就学)	12歳 (小6)	15歳 (中3)	18歳 (高3)	6歳 (就学)	12歳 (小6)	15歳 (中3)	18歳 (高3)			
盛岡市	入院 外来	01	10						60				入院2500円 外来750円
宮古市	入・外	02	10		60				60				受給者負担なし
大船渡市	入・外	03	10		60								受給者負担なし
奥州市	入・外	04	10		60				60				【未就学】受給者負担なし 【小学生入院】5000円 【小学生外来】一部負担金の1/2
花巻市	入・外	05	10		60				60				【未就学】受給者負担なし 【小学生入院】2500円 【小学生外来】750円 (小学生の住民税非課税世帯は受給者負担なし)
北上市	入・外	06	10 (小3まで)										県基準通り
久慈市	入・外	07	10		60								【未就学・小学生入院】受給者負担なし 【小学生外来・中学生】一部負担金の1/2
遠野市	入・外	08	10		60								【未就学】入院2500円 外来750円 【小学生入院】5000円 【小学生外来・中学生】一部負担金の1/2
一関市	入・外	09	10		60				60				受給者負担なし
陸前高田市	入・外	10	10		60								受給者負担なし
釜石市	入・外	11	10		60				60				県基準通り
二戸市	入・外	13	10		60								【未就学】受給者負担なし 【小学生】県基準通り
八幡平市	入・外	17	10		60				60				受給者負担なし
滝沢市	入・外	18	10						60				入院2500円 外来750円
雫石町	入・外	14	10		60				60				受給者負担なし
葛巻町	入・外	15	10		60				60				受給者負担なし
岩手町	入・外	16	10		60				60				県基準通り
柴波町	入院 外来	21	10 (小1まで)						60 (小1まで)				県基準通り
矢巾町	入・外	22	10						60				入院2500円 外来750円
西和賀町	入・外	30	10		60				60				受給者負担なし
金ケ崎町	入・外	31	10		60				60				県基準通り
平泉町	入・外	36	10		60				60				受給者負担なし
住田町	入院 外来	43	10										受給者負担なし
大槌町	入・外	45	10		60				60				県基準通り
山田町	入・外	48	10		60				60				【未就学】受給者負担なし 【小学生～高校生】入院2500円 外来750円 (小学生～高校生の住民税非課税世帯は受給者負担なし)
岩泉町	入・外	49	10		60				60				県基準通り
田野畑村	入院 外来	50	10						60				受給者負担なし
普代村	入院 外来	51	10						60				受給者負担なし
軽米町	入・外	54	10		60				60				受給者負担なし
洋野町	入・外	55	10		60				60				受給者負担なし
野田村	入・外	56	10										受給者負担なし
九戸村	入院 外来	59	10										受給者負担なし
一戸町	入院 外来	62	10						60				【入院】日につき500円で5日を限度(2500円が限度) 【外来】500円

※1 自動償還払いとは、受給者等が医療費助成給付申請書を医療機関等の窓口へ提出し一部負担金を支払った後、市町村から、支払った一部負担金の額から受給者負担額を差し引いた額が後日受給者等の口座に振り込まれることにより医療費の給付を行う方法をいいます。

※2 網掛部は自動償還払いの対象外ですが、この範囲で、受給者等が市町村窓口へ直接領収書等を提出することにより医療費の給付を行う方法(これを「窓口償還払い」といいます。)を実施している場合がありますので御注意ください。実施事業の詳細については、各市町村の医療費助成事業担当部署にお問い合わせください。

県・市町村単独医療費助成制度関係問合せ先

平成28年5月1日

No	県・市町村等	担当課名	TEL	備考
	岩手県	健康国保課	019-629-5477	制度全般
1	盛岡市	医療助成年金課	019-626-7528(直通)	
2	宮古市	総合窓口課 医療給付担当	0193-68-9076(直通)	
3	大船渡市	国保年金課	0192-27-3111	
4	奥州市	健康増進課	0197-24-2111	
5	花巻市	国保医療課	0198-24-2111	
6	北上市	国保年金課	0197-72-8205(直通)	
7	久慈市	市民課国保係	0194-52-2118	
8	遠野市	市民課	0198-62-2111	
9	一関市	市民環境部 国保年金課	0191-21-2111	
10	陸前高田市	市民課 国保係	0192-54-2111	
11	釜石市	市民生活部市民課	0193-22-2111	
13	二戸市	国民健康保険課	0195-23-1313	
17	八幡平市	市民課	0195-74-2111	
18	滝沢市	保険年金課	019-656-6530(直通)	
14	雫石町	町民課	019-692-6479(直通)	
15	葛巻町	住民会計課	0195-66-2111	
16	岩手町	町民課	0195-62-2111	
21	紫波町	生活部町民福祉課	019-672-2111	
22	矢巾町	住民課 医療年金係	019-611-2510(直通)	
30	西和賀町	健康福祉課	0197-85-3412	
31	金ヶ崎町	住民課	0197-42-2111	
36	平泉町	町民福祉課	0191-46-5562	
43	住田町	町民生活課 国保医療係	0192-46-2113	
45	大槌町	民生部町民課	0193-42-8713	
48	山田町	国保介護課	0193-82-3111	
49	岩泉町	町民課	0194-22-2111	
50	田野畑村	生活環境課	0194-34-2114	
51	普代村	住民福祉課	0194-35-2113	
54	軽米町	町民生活課	0195-46-4735	
55	洋野町	町民生活課 国保年金係	0194-65-5914	
56	野田村	住民福祉課	0194-78-2928(直通)	
59	九戸村	住民生活課 国保住民班	0195-42-2111	
62	一戸町	税務町民課	0195-33-2111	
	岩手県国保連	審査管理課 システム管理係	019-623-4326	説明会全般・システム関係
		審査課 福祉・療養費係	019-623-4328	国保連請求方法関係

※ 制度の詳細は受給者が居住する市町村によって異なることから、各市町村担当課へ問合せください。